

# **Das verleugnete Klimakterium**

Eine Untersuchung bei Patientinnen zu Beginn des Klimakteriums  
in einer gynäkologischen Praxis

Dissertation  
zur Erlangung des akademischen Grades  
doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät  
der Friedrich-Schiller-Universität Jena

von  
Dipl.-med. Vivian Pramataroff  
Geboren am 20. November 1957 in Burgas

## **A. Abkürzungsverzeichnis**

A	Frauen, die ihr Klimakterium akzeptieren
Abb.	Abbildung
ACTH	Acetylcholin
bzw.	beziehungsweise
BSRI	Bem Sex Role Inventory
d.h.	das heißt
DHEA	Dehydroepiandrosteron
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
ebd.	ebenda
engl.	englisch
et al.	et alii
FSH	Follikelstimulierendes Hormon
FBeK	Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers
ggf.	gegebenenfalls
GnRH	Gonadotropin Releasing Hormon
hGH	Horiongonadotropin
HRT	Hormon Replacement Therapy
Kap.	Kapitel
Lj.	Lebensjahr
LH	Lutein Hormon
Medline	National Library of Medicine's bibliographic database

MRS	Menopause Rating Scale
NA	Frauen, die ihr Klimakterium nicht akzeptieren
NEO FFI	Neo Five-Factor Inventory
NPY	Neuropeptid Y
Nr.	Nummer
OPAC	Online public access catalogue
PMS	Prämenstruelles Syndrom
PEP	Psychoanalytic Electronic Publishing
Psyndex Plus	Referenzdatenbank Psychologie und Medizin des Zentrums für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)
PsycInfo	Psychologische Literaturdatenbank der American Psychological Association
PubMed	Literaturdatenbank Medizin der National Library of Medicine, umfasst MEDLINE und zusätzliche Zeitschriftenauswertungen
REM	Rapid Eye Movement
S.	Seite
sek.	sekundär
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
vs.	versus
ZNS	Zentralnervensystem
z.B	zum Beispiel
XTOXLINE	Toxikologische und pharmakologische Literaturdatenbank der National Library of Medicine (NLM)

## B. Inhaltsverzeichnis

A.	Abkürzungsverzeichnis .....	2
B.	Inhaltsverzeichnis .....	4
1	Zusammenfassung .....	5
2	Einleitung .....	8
3	Theoretischer Hintergrund .....	9
3.1	Das Klimakterium .....	9
3.1.1	Geschichte .....	9
3.1.2	Das Klimakterische Syndrom .....	12
3.1.3	Das Klimakterium aus psychosozialer Sicht .....	25
3.1.4	Psychodynamik des Klimakteriums .....	29
3.1.5	Kulturelle Besonderheiten - gesellschaftliche Wertungen .....	33
3.2	Entwicklung der Fragestellung aus der klinischen Erfahrung .....	38
3.3	Nicht-Akzeptanz, Verdrängung oder Verleugnung? .....	39
4	Vorstudien .....	41
4.1	Literaturrecherche .....	42
4.2	Qualitative Interviews .....	43
4.2.1	Frau A. ....	46
4.2.2	Frau B. ....	48
4.2.3	Frau C. ....	50
4.2.4	Frau D. ....	51
4.2.5	Frau E. ....	52
4.2.6	Zusammenfassende Überlegungen .....	52
5	Ziele der empirischen Untersuchung .....	54
5.1	Fragestellungen .....	54
5.2	Hypothesen .....	56
6	Methodik .....	56
6.1	Studiendesign .....	56
6.2	Patientinnen .....	58
6.3	Methoden .....	58
6.3.1	Anamnese und medizinische Untersuchung .....	59
6.3.2	FBeK (Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers) .....	60
6.3.3	Berliner Fragebogen zum Klimakteriumserleben .....	60
6.3.4	Fragebogen zu den Einstellungen zur Sexualität .....	61
6.3.5	NEO-FFI .....	62
6.4	Auswertungsverfahren .....	63
7	Ergebnisse .....	64
7.1	Soziodemographie .....	64
7.2	Medizinische Befunde .....	66
7.3	Hypothesenprüfung .....	67
7.3.1	Hypothese 1: Die NA haben mehr negative klimakterische Symptome .....	67
7.3.2	Hypothese 2: Die NA sind im Umgang mit ihrem Körper unsicherer und haben ein gestörtes Selbstbild. ....	70
7.3.3	Hypothese 3: Die NA haben ein gestörtes Körpererleben. ....	74
7.3.4	Hypothese 4: Die Einstellungen zur Sexualität sind bei NA restriktiver, konservativer und weniger auf individuelles sexuelles Erleben bezogen. ....	75
7.3.5	Hypothese 5: Die NA haben einen höheren Neurotizismuswert. ....	77
7.3.6	Hypothese 6: Die NA zeigen in Phasen der Lebensveränderung weniger Flexibilität. ....	78
8	Diskussion .....	80
9	Schlussfolgerungen .....	96
C.	Literaturverzeichnis .....	99
D.	Anhang .....	110

## **1 Zusammenfassung**

In der vorliegenden Arbeit geht es um ein Phänomen, das in der gynäkologischen Praxis gut bekannt ist, bisher jedoch noch keine Beachtung in der Literatur gefunden hat. Frauen im Alter von 45 bis 55 deuten das Ausbleiben der Regelblutung, statt es als Symptom des beginnenden Klimakteriums zu erkennen, beharrlich als Schwangerschaftszeichen. Diese Fehldeutung ist bei einer bestimmten Gruppe von Frauen nicht durch einfache Aufklärung zu korrigieren, sie bestehen vielmehr darauf und stellen sich mehrfach in der Praxis zum Ausschluss einer Schwangerschaft vor.

Das erste Ziel der Untersuchung war es, die betroffenen Frauen als homogene Gruppe zu beschreiben. Ein zweites Anliegen der Untersuchung war die begriffliche Aufklärung des beschriebenen Phänomens des verleugneten Klimakteriums. Schließlich sollte ermittelt werden, welche Persönlichkeitsfaktoren und Einstellungen die Gruppe derjenigen Frauen kennzeichnen, die den Beginn des Klimakteriums aus ihrer bewussten Wahrnehmung ausblenden.

Zur Eingrenzung des Phänomens wurde zunächst eine Literaturrecherche unternommen. Im Ergebnis zeigte sich, dass keine Forschungsarbeit zum verleugneten Klimakterium vorliegt. Es konnte festgestellt werden, dass dieses Phänomen, das in der Praxis keineswegs selten ist, bisher keine Würdigung in der Forschung gefunden hat.

Eine Besonderheit dieser Studie ist es, dass sie aus der Praxis stammt. Die Frauen, die hier untersucht worden sind, sind langjährige Patientinnen einer gynäkologischen Praxis, sie stehen in einer Vertrauensbeziehung zur behandelnden Gynäkologin. Ihre Lebensgeschichte ist meist bekannt. Zunächst wurde eine Vorstudie mit qualitativen Interviews durchgeführt, um die Vielfältigkeit der möglichen biographischen Konstellationen plastisch zu

illustrieren, welche die Grundlagen der Verleugnung des Klimakteriums bilden können.

Hintergründe zum Klimakterium wurden theoretisch erörtert, wobei biologische, soziologische und psychologische Aspekte in Betracht gezogen wurden. Auch das hier betrachtete Phänomen der Ausgrenzung des Klimakteriums aus der bewussten Wahrnehmung wurde theoretisch diskutiert, insbesondere der psychoanalytische Begriff der Verleugnung in Abgrenzung von anderen Begriffen (Verdrängung, Nichtwahrnehmung, Nichtakzeptanz).

Empirisch untersucht wurden Frauen im Alter zwischen 45-55 Jahren, die Anfangssymptome ihres Klimakteriums beharrlich nicht wahrnehmen und als Schwangerschaft interpretieren, im Vergleich zu Frauen im gleichen Alter, die ihr Klimakterium akzeptieren und die Anzeichen richtig deuten können.

Angewendet wurden neben der klinischen Untersuchung der Patientinnen mehrere Fragebögen zum Körpererleben, zur Sexualität, Persönlichkeit und zum Klimakteriumserleben.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigen zum einen den klinischen Befund, dass es sich bei den Frauen, die bei der Wahrnehmung ihres Klimakteriums versagen, um eine abgrenzbare und charakteristische Gruppe handelt. Es konnten signifikante Unterschiede im Ausbildungsniveau und in der Berufstätigkeit nachgewiesen werden, in dem Sinne, dass die Verleugnerinnen im Mittel einen niedrigeren Ausbildungsstand haben und zum großen Teil nicht berufstätig sind.

Zum zweiten ermöglicht die Studie Rückschlüsse auf den Hintergrund dieser Verleugnung. Wie diese Arbeit eindeutig nachweisen kann, finden sich erhöhte Neurotizismus-Werte, konservativeres Erleben von Sexualität und ein problematischeres Selbstbild bzw. Körpererleben sowie eine geringere Offenheit und Flexibilität bei den Frauen, die ihr Klimakterium nicht wahrnehmen.

Die Arbeit diskutiert das Phänomen des verleugneten Klimakteriums nicht nur auf der Ebene persönlicher Eigenschaften, sondern auch im Zusammenhang mit einer gesellschaftlichen Entwicklung. Obwohl zahlenmäßig der Anteil der klimakterischen Frauen stark zugenommen hat und weiter zunehmen

wird, ist das Klimakterium selbst im öffentlichen Bewusstsein noch weitgehend eine verleugnete Lebensphase.

Die Arbeit bemüht sich nicht nur, eine Forschungslücke wenigstens in einem ersten Ansatz zu schließen, sondern sie kann für die ärztliche Praxis von direktem Nutzen sein. Ein Verständnis des verleugneten Klimakteriums ermöglicht eine Vertiefung der Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patientin.

## **2 Einleitung**

In meiner Praxis als Frauenärztin fällt gelegentlich auf, dass Frauen im Alter von 45-55 nach Ausfallen der Regelblutung (sek. Amenorrhoe) als Zeichen des Klimakteriums unterschiedlich reagieren. Typisch sind Aussagen wie:

„Ich komme, weil meine Regel seit zwei Monaten ausgeblieben ist. Ich fühle mich unwohl, schlafe schlecht und wache öfters schweißgebadet auf. Außerdem habe ich zugenommen. Ich bin auch oft grundlos gereizt. Manchmal habe ich Hitzewellen. Ich nehme an, das sind bestimmt die Wechseljahre.“

Ganz anders, und nicht einmal sehr selten, kommen Patientinnen mit einem völlig abweichend empfundenen Beschwerdebild. Sie klagen etwa:

„Meine Regel bleibt aus, mir ist schlecht. Ich habe ja auch zugenommen in letzter Zeit. Ich glaube ja nicht, dass ich..., aber man hört so viel in letzter Zeit, was alles möglich ist. Mir macht das alles große Angst. – Was? – Na ja, dass ich vielleicht doch schwanger bin.“

Die Beispiele zeigen zwei ganz verschiedene Interpretationen eines Zustandes, die sich in einem wichtigen Punkt unterscheiden: Die eine davon ist real und die andere imaginär.

Die folgende Arbeit widmet sich den Frauen, die zu der zweiten Erklärung neigen, weil sie den Gedanken des beginnenden Klimakteriums möglicherweise nicht ertragen können. Die Erfahrung, die Frauen zu Beginn des Klimakteriums verarbeiten müssen, ist ein zentrales Verlusterlebnis: der Verlust der Regelblutung (und damit der Fruchtbarkeit), eines der Kernphänomene weiblicher Identität.



In der gesamten gesichteten Literatur zum Klimakterium fanden sich keine Hinweise zu dem Phänomen, das den Gegenstand der vorliegenden Arbeit bildet. Obwohl in der gynäkologischen Praxis alles andere als selten, hat das verleugnete Klimakterium keinen Eingang in die Forschungsliteratur gefunden.

### **3 Theoretischer Hintergrund**

#### **3.1 Das Klimakterium**

Die Menopause stellt einen unübersehbaren Einschnitt im Leben einer Frau dar, der das unwiderrufliche Ende der Fertilität signalisiert und zumindest in den westlichen Ländern als Bestandteil des Alterungsprozesses verstanden wird. Dementsprechend ist sie im unserem Kulturkreis mit negativen Assoziationen verbunden, die vom Verlust der sexuellen Attraktivität (Goldstein und Teng 1991, Morley 1991, Wolf 1997) bis zur Definition als Mangelkrankung reichen (Wilson 1966, Nestler und Sies 1991, Gromus 1993, Neises 2002).

Im Jahre 1000 vor Christus betrug die mittlere Lebenserwartung 28 Jahre, sie stieg bis zum Jahre 1640 nach Christus auf 32 Jahre und bis zum Jahre 1800 auf 50 Jahre an (Distler 1986). Noch im vorigen Jahrhundert erlebte ein Großteil der Frauen ihre Menopause nicht. Die epidemiologischen Aspekte des Klimakteriums bezogen auf Zahlen in Deutschland zeigen, wie wichtig der Fokus der Betrachtung ist. Anhand des Statistischen Jahrbuches 1996 und der Daten des Bundesministerium für Gesundheit 1995 (zit. in Ditz 2000) beträgt die mittlere Lebenserwartung für Frauen heute 79,3 Jahre, das mittlere Menopausenalter liegt bei 52,2 Jahren, das heißt, die postmenopausale Lebensphase umfasst 25 bis 30 Jahre.

##### *3.1.1 Geschichte*

Der Begriff Menopause ist aus den griechischen Wörtern μήν (Monat) und παύσις (Beendigung; von παύειν, beenden) zusammengesetzt und

bezeichnet das Aufhören der Menstruation. Nach Aristoteles (384-322 v. Chr.) trat dieses Ereignis üblicherweise im Alter von etwa 40 Jahren ein (Utian 1997).

Nach heutiger Terminologie bezeichnet der Begriff Menopause (WHO 1981) den Zeitpunkt der letzten spontanen, ovariell gesteuerten Monatsblutung, die jedoch nur retrospektiv nach einer 12 monatigen Amenorrhoe festzustellen ist; die Zeit unmittelbar vor und nach der letzten Menstruation wird gelegentlich als menopausale Übergangsphase bezeichnet. Unter Klimakterium oder Perimenopause wird der größere Zeitraum zwischen dem Beginn der unregelmäßigen Zyklen und dem ersten Jahr nach der Menopause verstanden. Die Postmenopause beginnt 12 Monate nach der Menopause und geht nach etwa 15 Jahren in das Senium über. Den Zeitraum zwischen dem 40. Lj und dem Beginn des Klimakteriums nennt man Prämenopause.

Unabhängig von der modernen Begriffsbildung hat das Phänomen der Menstruation und ihres Aufhörens im höheren Lebensalter die Mediziner seit Beginn der dokumentierten Medizingeschichte beschäftigt. Hippokrates glaubte, dass Schwindel und Beklemmungen zum Zeitpunkt des Endes der Zyklustätigkeit dadurch verursacht wurden, dass sich der Uterus im Körper durch das Herz bewegt und dass er Kopfschmerzen und Hysterie verursachen könnte (Rozenbaum 1998). Jacobus Pimrose vermutete 1655, dass das nicht mehr abfließende Menstruationsblut zu einer Fülle von Krankheiten führen könne, darunter typische klimakterische Beschwerden wie Melancholie, Herzrasen, Magen- und Kopfschmerzen, aber auch Epilepsie und Milzbeschwerden (zit. nach Creuzfeldt-Clees 1992).

Der Paradigmenwechsel von der „Bluttheorie“ zur „Nerventheorie“ der Menopause erfolgte erst ab 1850 durch die Schriften des britischen Arztes Edward Tilt. Er führte die klimakterischen Beschwerden auf eine erhöhte Empfindlichkeit der Ovarien vor dem Nachlassen ihrer spezifischen Funktionen zurück. Die Ursache der Wechselbeschwerden sah er in einem gestörten Zusammenspiel zwischen dem Ovar und den „Viszera, mit denen es 30 Jahre harmonisch zusammengearbeitet hat... Ich gebe nicht vor, die Natur

dieses störenden Einflusses zu kennen, aber ich nehme an, dass er demjenigen gleicht, der durch Aufnahme der Funktion durch das Ovar in der Pubertät manifest wird.“ (Tilt 1850, 1857, zit. nach Rozenbaum 1998). Seine durchaus neuartige Haltung zeigte sich auch in seiner wissenschaftlichen Methodik: Statt, wie bis dahin weitgehend üblich, nur der klinischen Erfahrung zu vertrauen, führte Tilt an immerhin 500 klimakterischen Frauen die erste epidemiologische Studie durch, die jemals mit menopausalen Frauen unternommen wurde (Tilt 1857). Tilt revolutionierte nicht nur die physiologischen Annahmen über das Klimakterium; mit einer weiteren These hat er die soziologische Betrachtung der Menopause angeregt (s. dazu unten).

Gegen Ende des 19. Jh. verebbten die Spekulationen um die physiologischen Ursachen des Klimakteriums zugunsten einer psychologischen Sichtweise. Während der letzten 25 Jahre des 19. Jahrhunderts war man allgemein der Meinung, dass klimakterische Symptome „subjektiv“ bzw. „neurotisch“ seien. Frauenleiden waren zwangsläufig „psychische“ Leiden, und ihre organischen Aspekte gerieten in Vergessenheit.

Eine neue Ära in der Beschreibung des Klimakteriums begann mit der Entdeckung des Hormonhaushalts. Die heute für die klimakterische Veränderung als verantwortlich erkannten Hormone wurden bezeichnenderweise beim Mann entdeckt. 1775 hatte Theophile de Bordieu (nach Rozenbaum 1998) im Hoden eine „spezifische Substanz“ gefunden, die sich weiter durch das Kreislaufsystem bewegt und er vermutete, ein Mangel dieser Substanz könne in Zukunft medikamentös ausgeglichen werden. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts begann man, mit Ovarextrakten therapeutisch zu experimentieren, bis 1923 Allen und Doisy zum ersten mal ein Ovarhormon isolieren konnten.

Auf der Basis dieser Forschungen konnten Geist und Spielman Östrogene gegen klimakterische Symptome verordnen (Geist und Spielman 1932). Die umfassende Anwendung der Hormontherapie auf die Prophylaxe menopausaler Symptome wurde jedoch erst 1963 von Robert Wilson durchgeführt (Wilson et al. 1963).

### 3.1.2 *Das Klimakterische Syndrom*

Die Beschreibung des Klimakteriums auf dem heutigen Wissensstand unterscheidet die physiologischen Abläufe und möglichen Ursachen sowie die Phänomenologie des Syndroms.

Der Beginn des Klimakteriums wird durch das Auftreten unregelmäßiger Zyklen markiert. Zwar liegt das mittlere Menopausealter erst bei 51 Jahren, doch sinkt die Fertilität der Frau ab dem 45. Lj. auf 2%, ab dem 50. Lj. auf 0% ab. Der Zeitpunkt der Menopause selbst kann ebenso wenig vorausgesagt werden wie die Dauer des Klimakteriums. Sie kann mehrere Jahre, aber auch nur drei Monate betragen. Auch die Dauer der Prämenopause ist von individuellen Faktoren abhängig; es gibt durchaus Frauen, welche die Menopause ohne vorangegangene Zyklusschwankungen erleben. Die verbreitete Annahme, dass die Zeit vor der Menopause von einem typischen hormonellen Muster gekennzeichnet ist, trifft nicht zu; für eine endokrinologische Diagnose unterliegen diese Werte zu starken normalen Schwankungen (vgl. Kuhl 1999).

Ausgelöst wird die Menopause dadurch, dass das Ovar seine Funktionen einstellt. Das kann geschehen, wenn entweder keine Follikel mehr reifen oder wenn keine mehr vorhanden sind. Es gibt aber auch Faktoren, die Einfluss auf den Zeitpunkt der Menopause nehmen. So hat man etwa regionale Unterschiede beobachtet. Allgemein tritt in südlichen Ländern die Menopause ebenso wie die Menarche früher ein als in nördlichen Zonen. Es ist unentschieden, ob es sich dabei um einen klimatischen oder um einen kulturellen Einflussfaktor handelt. Familiäre Ähnlichkeiten des Eintrittsalters deuten auf einen genetischen Einfluss hin. Die bei Frauen mit dizygoten Zwillingen oder Frauen mit kurzen Zyklen (<26 Tagen) beobachtete frühere Menopause (Torgerson et al. 1994, Te Velde et al. 1998) erklärt sich aus deren höheren Follikelverlust (s. unten). Ein früheres Eintreten der Menopause wird auch bei Nulliparae beobachtet. Auch hier könnte das Ausbleiben von schwangerschaftsbedingten Ovulationspausen eine frühere Ausschöpfung des Follikelvorrats bedingen; dafür spricht auch die Tatsache,

dass bei Multiparae die Menopause später eintritt. Aus der generellen Beschleunigung des Alterns sind Beobachtungen des früheren Eintritts der Menopause bei Diabetikerinnen, starken Raucherinnen, bei Unterernährung, bei Vegetarierinnen, und bei Frauen, die in über 4000 m Höhe leben (vgl. Kuhl 1999) möglicherweise erklärbar. Eine weitere Gruppe von Einflussfaktoren könnte in sozioökonomischen Faktoren zu suchen sein: Eine frühere Menopause wird bei Frauen mit geringerem sozioökonomischen Status beschrieben, während Frauen, die viel Fleisch und Alkohol konsumieren, später die Menopause erleben (vgl. McKinlay et al. 1992, Torgerson et al. 1994, Te Velde et al. 1998, Kuhl 1999).

Daraus ergibt sich, dass die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft im Alter zwischen 40 und 44 Jahren nur noch bei 10% der Zyklen und im Alter von 45 bis 49 Jahren bei 2% der Zyklen liegt. Diese Reduzierung der Fertilität ist altersbedingt und unabhängig davon, ob es noch zu regelmäßigen Ovulationen kommt. Gründe dafür können einerseits im höheren Alter der Eizelle selbst liegen, andererseits in einer hormonell bedingten Verkürzung der Follikelreifung. Im Durchschnitt endet die Lebensphase, in der eine Frau schwanger werden kann, etwa 10 Jahre vor der Menopause; vorher ist bereits ein deutlicher Rückgang der Fertilität zu verzeichnen.

Die Physiologie des männlichen und des weiblichen Fortpflanzungsapparates weist einen grundsätzlichen Unterschied auf. Während die Spermatogenese des Mannes bis ins fortgeschrittene Alter anhält, ist die Oogenese nach der 20. Woche der Fetalzeit beendet. Zu diesem Zeitpunkt sind etwa 7 Millionen Oozyten vorhanden. In den folgenden 20 Wochen kommt es bereits zu einer raschen Abnahme auf etwa 500 000 bis 1 Million Primordialfollikel, die sich nach der Geburt fortsetzt, wobei große individuelle Unterschiede auftreten können. Manche Frauen haben mit 35 Jahren noch 100 000 Primordialfollikel im Ovar, andere nur noch 10 000 oder weniger. Neben dieser rapiden quantitativen Abnahme, die möglicherweise auf einem Selektionsprozess beruht, nimmt auch die Qualität der alternden Oozyten ab. Daraus erklärt sich die Zunahme von Chromosomenanomalien und Spontanaborten bei Schwangerschaften älterer Frauen.

Der bereits beschriebene beschleunigte Follikelverlust in der Prämenopause wird auch durch eine Erhöhung des follikelstimulierenden Hormons (FSH) ausgelöst, die zu einer Beschleunigung der Follikelreifung und einer Verkürzung der Follikelphase führt. Wenn durch beide Prozesse, die Selektion und die beschleunigte Reifung, der Vorrat an Primordialfollikeln eine kritische Grenze unterschreitet, kommt es im Vorfeld der Menopause zu Störungen im hormonalen Regelkreis und in der Folge zu einer Insuffizienz des Corpus luteum, anovulatorischen Zyklen und Oligomenorrhöen. Wenn keine Follikel mehr vorhanden sind, ist die Postmenopause erreicht.

Der Begriff „klimakterisches Syndrom“ bezeichnet eine Reihe verschiedener Symptome, von denen Hitzewallungen und Schweißausbrüche im Vordergrund stehen. Trotz der beträchtlichen individuellen und kulturellen Unterschiede in der Ausprägung besteht kein Zweifel daran, dass die klimakterischen Beschwerden Folge des Hormonmangels sind, der mit dem Erlöschen der Ovarialfunktion einhergeht. Die hormonellen Schwankungen lösen typische vegetative und psychische Symptome aus. In Anlehnung an Kuhl (1999), lassen sich die folgenden Häufigkeiten klimakterischer Beschwerden beschreiben (Tabelle 1).

Tabelle 1: Häufigkeit klimakterischer Beschwerden  
(modifiziert nach Kuhl 1999)

Nervosität, Reizbarkeit	90 %
Müdigkeit, Leistungsabfall	80 %
Hitzewallungen, Schweißausbrüche	70 %
Depressive Verstimmung	70 %
Kopfschmerzen	70 %
Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit	65 %
Gewichtszunahme	60 %
Schlafstörungen	50 %
Gelenk- und Muskelschmerzen	50 %
Herzrasen, Herzklopfen	40 %
Obstipation	40 %
Libidoverlust	30 %
Parästhesie	25 %
Schwindel	20 %

In einer Studie mit mehr als 6000 britischen Frauen im Alter zwischen 45 und 54 Jahren berichteten 84% der Teilnehmerinnen über mindestens ein menopausenbedingtes Symptom, aber nur die Hälfte von ihnen beschrieb dieses Symptom als problematisch (Porter et al. 1996). Problematische psychische Symptome (Reizbarkeit, Depression, Angstzustände, Gedächtnis- und Coping-Probleme) wurden von 20-30 % der Frauen genannt (Hay et al. 1994).

Das häufigste in der Forschung verwendete Erhebungsinstrument für menopausale Beschwerden ist die Menopause-Bewertungsskala (MRS) von Hauser et al. (1994). Sie umfasst im wesentlichen die oben bereits aufgezählten und klinisch beschriebenen Symptome.

Im Folgenden sollen, teilweise wieder in Anlehnung an Kuhl (1999), die fünf in der subjektiven Bewertung wesentlichen Beschwerdegruppen beschrieben werden. Dabei werden, entsprechend der Schwerpunktsetzung in der Literatur, häufig die endokrinologischen Gründe diskutiert. Mit Strauß (1988) ist jedoch vor einer Überschätzung der Erklärungsmacht der Endokrinologie für komplexe psychosomatische Phänomene zu warnen. Deshalb sollen bei

den im Folgenden diskutierten Beschwerdegruppen auch psychologische und psychodynamische Zusammenhänge erläutert werden.

#### *3.1.2.1 Vasomotorische Symptome*

Hitzewallungen und Schweißausbrüche werden von 70 % der Patientinnen berichtet. Die Wallungen gehören zu den wichtigsten und häufigsten Beschwerden des Klimakteriums (Kupperman 1953). Typischerweise verspüren die betroffenen Patientinnen mehr Wallungen nach Kaffee, Alkoholgenuss und nach Aufregung. Wallungen stellen das typische klimakterische Symptom dar, sind aber nicht obligat. Etwa ein Viertel aller Patientinnen klagt nicht über Hitzewallungen, obschon eindeutig klimakterische Beschwerden vorhanden sind (Hauser 1995).

Hitzewallungen werden von Patientinnen als aufsteigendes Wärmegefühl beschrieben, aufsteigend von der Brust, auch vom Hals oder Kopf, das von sichtbarem Erröten begleitet ist. Unmittelbar danach folgt ein Schweißausbruch an den geröteten Stellen mit unterschiedlicher Intensität, gefolgt von Frösteln, so dass der gesamte Ablauf oft „kalte Hitze“ genannt wird. Die Dauer beträgt etwa zwei bis drei Minuten. Gelegentlich geht der Hitzewallung ein Druckgefühl im Kopf voran. Der Verlauf der Hitzewallung wurde bereits 1957 von Hauser et al. durch Messungen der Hals-, Brust- und Stirntemperatur objektiviert (zitiert nach Hauser 1995).

Ausgelöst werden die Hitzewallungen durch den intermittierenden raschen Abfall des Estradiolspiegels. Das Ausmaß der Hitzewallungen korreliert invers mit dem Estradiolspiegel. Parallel zu den Hitzewallungen steigen im Serum GnRH, LH, ACTH,  $\beta$ -Endorphin, hGH, Neurotensin, Cortisol, DHEA und Androstendion an. Interessant ist, dass Placebomittel auf Hitzewallungen eine nachweisbare Wirkung zeigen; auch diese ist jedoch im Rahmen einer endokrinologischen Hypothese durch die Freisetzung körpereigener Endorphine erklärbar (Quitmann et al. 1988).

Der physiologische Hintergrund des paradoxen Hitze- und Kälteerlebens ist eine komplexe hormonelle Kettenreaktion: Eine vermehrte Adrenalin- und



Neurotensinausschüttung bewirkt einen Anstieg der Herzfrequenz, gefolgt von einem Abfall des Noradrenalins, der zu einer Vasodilatation der Kapillargefäße der Haut und somit zu einer Steigerung der peripheren Durchblutung und einem Anstieg der Hauttemperatur führt. Diese Veränderungen bewirken das subjektive Hitzegefühl (Kronenberg et al. 1984). Das folgende Frösteln entsteht durch den Abfall der Körpertemperatur als Resultat der erhöhten Hautdurchblutung.

### *3.1.2.2 Schlafstörungen*

In unterschiedlicher Häufigkeit werden in der Literatur Schlafstörungen als zentrales Symptom des Klimakteriums beschrieben. Nach Kupperman (1953) stehen sie an dritter Stelle, nach Kuhl (1999) mit 50 % an siebter Stelle. Hunter et al. (1986) konnten die Zunahme von Schlafstörungen als eines der gesicherten menopausalen Symptome nachweisen. Es handelt sich vorrangig um Einschlafstörungen, doch klagen die Patientinnen auch darüber, dass sie nachts häufiger aufwachen und grübeln. Die Auffassung, dieses Symptom könne eine Folge der nächtlichen Wallungen sein (Dominoeffekt), widerlegt Hauser (1995) durch den Hinweis auf Frauen, die keine Wallungen angeben und trotzdem Schlafstörungen aufweisen.

Die Schlafstörungen könnten direkte Folge des Östrogenmangels sein. Studien an postmenopausalen Frauen ergaben eine Verringerung der Aufwachzeiten, eine Erhöhung des REM-Anteils und eine Verlängerung der Gesamtschlafdauer unter Hormonersatztherapie (HRT) (Antonijevic et al. 2000). Kuhl und Taubert (1987) vertreten die Auffassung, dass der Rückgang der REM-Phasen, die für die Erholung während des Schlafs von Bedeutung sind, wesentlich zu Verminderung der Leistungsfähigkeit beitrage.

### *3.1.2.3 Gewichtszunahme*

Auch die Gewichtszunahme, die für die vorliegende Arbeit von besonderer Bedeutung ist, da sie zu den fehlgedeuteten Symptomen des verleugneten

Klimakteriums gehört, spielt im subjektiven Empfinden der menopausalen Veränderungen eine bedeutende Rolle. Mit zunehmendem Alter werden Männer und Frauen nicht nur kontinuierlich kleiner, sondern auch schwerer, außerdem verschiebt sich die Zusammensetzung des Körpergewebes zugunsten der Fettmasse. Somit dürfte eine der Ursachen der menopausalen Gewichtszunahme in einer Abnahme des Energieverbrauchs zu sehen sein. Ob darüber hinaus auch eine spezifische, hormonell bedingte Gewichtszunahme oder Gewichtsverteilung belegt werden kann, ist höchst unsicher. Die vorliegenden longitudinalen Untersuchungen über die alters- und hormonbedingten Gewichtsveränderungen haben allenfalls widersprüchliche Hinweise erbracht (Richardson et al. 1987). Es gibt Hinweise auf einen Einfluss der Sexualhormone auf die Fettverteilung und Körperzusammensetzung (Sayegh et al. 1999); so wurden bei postmenopausalen Frauen eine um 20 % höhere Fettmasse gefunden als bei prä- und perimenopausalen Frauen gleichen Alters (Guo et al. 1999). Der physiologische Vorgang dabei ist jedoch unklar. Regelmäßig wird das Verhältnis von Kalorienaufnahme, Energieverbrauch und Appetit im Zusammenspiel des Hypothalamus mit den Neuropeptiden Leptin, NPY und Galanin geregelt. Ungeklärt ist bis heute, warum trotz des bei postmenopausalen Frauen erhöhten Spiegels des appetithemmenden und den Energieverbrauch erhöhenden Neuropeptids Leptin statt der erwarteten Gewichtsabnahme eine Zunahme erfolgt.

#### *3.1.2.4 Somatische bzw. psychosomatische Beschwerden*

Das klimakterische Syndrom geht mit einer Reihe von körperlichen Missempfindungen und Beschwerden einher. Diese können zum Teil auf die veränderte hormonelle Situation zurückgeführt werden, zum anderen aber spielen auch psychische Faktoren eine Rolle.

##### *Herzbeschwerden*

Die Patientinnen klagen regelmäßig über „Herzklopfen“, „Herzrasen“, „Herzstolpern“ oder „Herzbeklemmung“. Diese Beschwerden, die oft sogar als

bedrohlich empfunden werden, beunruhigen die Frauen mehr als die typischen Hitzewallungen, die eher als unangenehm und peinlich beschrieben werden denn als Zeichen einer Erkrankung.

Eine organische Erklärung dieses Symptoms liegt darin, dass das Herz über seine Östrogenrezeptoren auf Schwankungen des Östrogen-Niveaus reagiert. In der HRT wird mit Östrogenen eine positiv inotrope und chronotrope Wirkung am Herzen sowie Vasodilatation an den Koronarien erzielt.

### *Schmerzen*

Relativ häufig klagen klimakterische Patientinnen auch über Muskel- und Gelenkschmerzen. Subjektiv werden diese Beschwerden vor allem mit Trauer als Zeichen des nahenden Alters erlebt; es gibt jedoch auch physiologische Zusammenhänge, die eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit wahrscheinlich machen. Zum einen kann der Abfall der  $\beta$ -Endorphin-Freisetzung im ZNS, der mit dem Östrogenabfall oder -mangel verbunden ist, ein allgemeines Absinken der Schmerzgrenze verursachen. Zum anderen hängen die spezifisch im Vordergrund stehenden Muskel- und Gelenkschmerzen möglicherweise mit einer Minderdurchblutung aufgrund der neuen hormonellen Situation zusammen. Auch eine mögliche Auswirkung des Östrogenmangels auf die Entstehung arthritischer Erkrankungen wird diskutiert (Kuhl 1999).

### *Urogenitale Symptome*

Die zentralen urogenitalen Symptome, die Frauen in der Sprechstunde berichten, sind Scheidentrockenheit, Pruritus, Schmerzen beim Koitus und häufiger Harndrang. Diese Beschwerden sind vor allem dann von hoher subjektiver Bedeutung, wenn die Frauen zum ersten Mal mit ihnen konfrontiert sind und sie als Störung ihrer sexuellen Empfindungsfähigkeit erleben. Harnträufeln und unwillkürlicher Harnabgang werden meistens aus Schamgefühl verschwiegen. Es ist bemerkenswert, dass die Scheidentrockenheit bei Kupperman (1953) gar nicht erwähnt wird, während

im Arbeitskreis um van Keep dieses Symptom neben den Wallungen eine zentrale Stellung innehat (zit. nach Hauser 1995). In der Studie von Channon und Ballinger (1986) litten 40 % der menopausalen Patientinnen unter Dyspareunie (vgl. Riley 1991).

Physiologisch hängen die vaginalen mit den urologischen Symptomen deshalb eng zusammen, weil aufgrund der gemeinsamen embryologischen Herkunft der unteren Harnwege und des Genitaltrakts sowohl die Vagina als auch die Urethra Östrogen-Rezeptoren besitzen. Das Abfallen des Östrogenspiegels bewirkt zahlreiche physiologische Veränderungen: Die Vagina wird kürzer, weniger elastisch und schlechter durchblutet; in der Folge wird das Vaginalepithel dünner, die Vaginalsekretion nimmt ab. Entsprechend wirkt sich auf der urethralen Seite der Östrogenabfall als Verringerung der Effizienz aus. Es kommt demzufolge häufig zu Pollakisurie, Harninkontinenz und Blasenentleerungsstörungen.

#### *3.1.2.5 Sexualität und Libido*

Neben der beschriebenen Dyspareunie klagen klimakterische Patientinnen häufig über Appetenzverlust. Diese Beschwerden sind auch deshalb bedeutsam, weil sie in der Dynamik der Partnerschaft eine große Rolle spielen und von dieser auch beeinflusst werden. Die empirischen (Längsschnitt-) Befunde zum Thema Sexualität bei Frauen mit natürlicher Menopause sind nicht ganz eindeutig: In einer Metaanalyse über mehr als 110 Arbeiten (1988-1992) fanden von Sydow und Reimer (1995) widersprüchliche Ergebnisse. Ein Teil der Befragten konstatiert keine Veränderungen, andere sprechen von Zunahme sexueller Aktivität und sexuellen Interesses oder einer Verbesserung der Sexualität, eine dritte Gruppe beschreibt Abnahme und/oder Verschlechterung.

Grundsätzlich bleibt der Frau ihre sexuelle Erregbarkeit und Orgasmusfähigkeit bis ins hohe Alter nahezu unbeeinträchtigt erhalten: „Es ist ...durch die Alterungsvorgänge für die weibliche Sexualität keine definierbare zeitliche Begrenzung gesetzt.“ (Masters und Johnson 1966; vgl. auch Wille

1991). In der Studie von Rosemeier und Schultz-Zehden (1994) an 145 Berliner Frauen im Alter von 45-55 Jahren betrachteten etwa die Hälfte der Befragten ihre Sexualität in den Wechseljahren als unverändert, während bei 42 % eine Minderung und bei 8 % eine Intensivierung der Sexualität berichtet wurde. Beckermann (2001) kommt in ihrer Übersichtsarbeit zum Einfluss der HRT zu dem Ergebnis, dass bei Frauen mit natürlichen Klimakterium Östrogene keine effektive Therapie von sexuellen Problemen seien und dass generell hormonelle Faktoren eine untergeordnete Rolle gegenüber erlernten soziokulturellen, kommunikativen und affektiven Faktoren spielen.

Dennoch zeigen sich im Vergleich zwischen prä- und postmenopausalen Frauen deutliche Unterschiede: Oldenhave (1994) weist auf eine kontinuierliche Abnahme der sexuellen Aktivität bei postmenopausalen Frauen hin. Gleichzeitig steigt die Inzidenz funktioneller sexueller Störungen bei der Frau von 20-45 % auf 60-70 %. Die Häufigkeit sexueller Dysfunktionen in der Peri-/Menopause wird in verschiedenen Studien zwischen 31 % und 87 % angegeben (Bachmann 1993). Jürgensen (1990) fand, dass 25 % der von ihr untersuchten sexuell aktiven menopausalen Frauen ihre Sexualität als defizitär bezeichneten. In der Untersuchung von Channon und Ballinger (1986) erlebten die meisten Frauen seit Beginn ihrer Menopause eine Abnahme des Verlangens nach Koitus (59 %), bei knapp der Hälfte nahm der Genuss (enjoyment) am Koitus ab.

### *Physiologische Erklärungsansätze*

Die oben beschriebenen, hormonell bedingten urogenitalen Veränderungen könnten einen wesentlichen Faktor dieser Entwicklung darstellen. Darüber hinaus beeinflusst der Östrogenmangel und der starke Testosteronabfall indirekt zentral gesteuerte sexuelle Reizverarbeitung und Reaktionsbereitschaft (Graziottin 2000). Obwohl Cutler (1987) eine Korrelation zwischen niedrigem Östrogenspiegel und reduzierter koitaler Aktivität und McCoy (1985) zwischen hohem Testosteronspiegel und Koitus-Frequenz beschrieben hatten, können spätere Untersuchungen keinen direkten Einfluss des Östro-

genabfalls auf die Libido nachweisen (Rosemeier und Zerdick 1995, Dennerstein et al. 1997). Die umfangreiche Forschung zur HRT konnte zwar viele direkte und indirekte Folgen des Hormonmangels aufzeigen; interessant ist aber, dass die sexuelle Appetenz offenbar durch HRT nicht verändert wird (Cawood und Bancroft 1996, Dennerstein et al. 1997).

### *Psychische Bedingungsfaktoren*

Ein erster Befund, der die subjektive Dimension eröffnet, ist die Beobachtung, dass die im Klimakterium stark gehäuften Klagen über Scheidentrockenheit abhängig von der Sexualfrequenz zu sein scheinen. Sie lässt sich jedoch auch physiologisch interpretieren und führt dann zu therapeutischen Empfehlungen wie: „Wichtig ist deshalb ein regelmäßiger Verkehr, der die Elastizität der Vagina erhält und für eine ausreichende Lubrikation auch bei atrophischer Vaginalmukosa sorgt“ (Kuhl 1999). Wahrscheinlicher ist jedoch, dass die Häufigkeit des Sexualverkehrs nicht nur mit dem mechanischen Scheidentraining, sondern mit der sexuellen Lust und Zufriedenheit zusammenhängt, und dass dementsprechend auch die sexuellen Klimakteriumsbeschwerden wesentlich von psychischen und Beziehungsfaktoren mitbestimmt sind. Auch ist der Lubrikationsmangel nicht nur körperlich determiniert, sondern auch Ausdruck der sexuellen Erregung, die ihrerseits vom Selbst- und Beziehungserleben abhängig ist.

Der Rückgang des sexuellen Interesses ist zum einen verbunden mit einer Kränkung des eigenen Selbstwertgefühls durch die Wahrnehmung der klimakterischen Veränderung, eventuell unterstützt durch interaktionelle Momente. Eine bedeutsame Rolle spielt dabei die Wahrnehmung des eigenen Körperbildes; Lo Piccolo (1991) und Kirchengast et al. (1996) konnten Zusammenhänge zwischen Veränderungen der Sexualfunktion bei klimakterischen Frauen und deren eigenem Körperbild, insbesondere der Selbsteinschätzung der eigenen Attraktivität belegen. Psychodynamisch gesehen, stellt die Menopause bzw. die dahinter stehende hormonelle

Umstellung insofern ein einschneidendes Ereignis für die Frau dar, als sie mit dem endgültigen Verlust der Fruchtbarkeit einhergeht.

Zum Zweiten hängt die Beeinträchtigung des sexuellen Erlebens mit dem interaktionellen Aspekt der Beziehungsqualität zusammen: Nach Jürgensen (1990) beschreiben 49 % der Frauen in einer Menopausesprechstunde die eigene Paarbeziehung als „gut“ oder „sehr gut“, 21 % als „normal“, 13 % als „problematisch“ bis „schlecht“. Auffallend hoch ist der mit 17 % sehr hohe Anteil ohne Angaben zur Qualität der Beziehung. Soweit die befragten Frauen sexuell aktiv waren (105 von 184), empfanden sie zu 58 % ihre sexuellen Erlebnisse als gut, sehr gut oder wenigstens befriedigend. Ein Viertel erfuhr sie als defizitär und 17 % bezeichneten ihre Sexualität als „quälend“, was mit bedrängenden oder gewaltbereiten Partnern oder dem Gefühl einer Pflichtübung gleichbedeutend sei.

#### *3.1.2.6 Depressive Verstimmung*

Zu den typischen Beschwerden des Klimakteriums zählen Reizbarkeit, Unruhe, Ängstlichkeit und Stimmungsschwankungen, die gelegentlich Ausmaße einer Depression annehmen können. Die depressive Verstimmung, bei Kupperman „Melancholia“ genannt, beeinträchtigt wohl am stärksten die Lebensqualität der betroffenen Frauen. Angemessener erscheint aus heutiger Sicht die Bezeichnung „Stimmungsschwankungen“ oder „Verstimmung“. Andere Umschreibungen sind „Mutlosigkeit“, „Traurigkeit“, „Weinerlichkeit“ und „Antriebslosigkeit“.

Für die Frage nach möglichen Ursachen der psychischen Klimakteriumsbeschwerden ist zuerst die Frage relevant, ob diese Beschwerden tatsächlich spezifisch sind. Grundsätzlich sind die in der Literatur häufig erwähnten und auch in der klinischen Praxis oft berichteten psychischen Symptome „nicht für das Klimakterium spezifisch, sondern können im Zusammenhang mit anderen psychisch belastenden Situationen ebenfalls beobachtet werden.“ (Appelt 1988). Das schließt jedoch nicht aus, dass das Klimakterium als besondere Lebenssituation in hormoneller, psychischer und sozialer Hinsicht doch

mindestens als Auslöse- oder Risikosituation für psychische Symptome aufgefasst werden kann. Maoz et al. (1977) haben bereits darauf hingewiesen, dass neben den körperlichen, hormonell bedingten Symptomen des Klimakteriums regelmäßig auch soziokulturelle und persönlichkeitspezifische Komponenten beobachtet werden können.

Der klimakterische Östrogenmangel ist mindestens als verstärkender Faktor für die depressive Verstimmung in der Diskussion (Schmidt et al. 1997, Ballinger 1990, Stone und Perlstein 1994). Globaler wurde dieses Syndrom auch als „endokrinologisches Psychosyndrom“ bezeichnet, mit Antriebschwäche und Hemmung primärer Triebe (Essen, Trinken, Sexualität) sowie depressiv/euphorischen Stimmungsschwankungen. Die HRT erscheint aus dieser Perspektive als Therapie der Wahl (Cagnazzi et al. 1997). Begründet wird die organische Erklärung der psychischen Veränderungen im Klimakterium mit der Rolle der Sexualsteroiden schon beim Aufbau des ZNS in der fetalen Entwicklung. Dabei wirken die Östrogene stimulierend auf Zahl und Größe der Neuronen, Synapsenbildung und die Ausprägung bestimmter Neurotransmittersysteme. Progesteron hat einen antagonistischen Effekt und kann die Zahl der Synapsen reduzieren. Auch postnatal wirkt der Antagonismus zwischen Östrogen und Progesteron auf die Funktion des ZNS: Östrogen ist dabei aktivierend und stimulierend, insbesondere für das Kurzzeitgedächtnis und die Sensorik, während Progesteron dämpfend wirkt. Auf dem Hintergrund dieses Mechanismus ist die beschriebene psychische Veränderung im Klimakterium verständlich.

In engem Zusammenhang mit der depressiven Verstimmung steht die von vielen Patientinnen beschriebene Reizbarkeit: „Ich kann mich selber nicht leiden“, „ich bin ungeduldig und aufbrausend“, „meine Familie sagt, ich sei unmöglich geworden“ – mit solchen Aussagen versuchen klimakterische Frauen oft ihre Nervosität und Gereiztheit plastisch darzustellen. Das soziale Gewicht dieses Symptomenkreises wiegt besonders schwer. Die Verwandtschaft mit der depressiven Verstimmung ist vielfältig. Kupperman (1953) verwendet den Ausdruck „Nervousness“. In der Legende zum MRS wird diese



Symptomgruppe ergänzt mit der Bezeichnung: „Nervosität“, „innere Anspannung“, „Aggressivität“.

### *3.1.3 Das Klimakterium aus psychosozialer Sicht*

Das Klimakterium stellt nicht nur eine physische Veränderung, sondern auch eine psychische und soziale Umbruchsituation für die Frau dar. Schon 1857 schrieb Edward Tilt: „Mit 50 können die Eltern zu Staub geworden sein, Kinder können das elterliche Haus verlassen haben und es ist zweifelhaft, ob sie mit ihren verblassenden Reizen der Zuneigung ihres Ehemannes überhaupt weiter sicher sein kann“ (zit. nach Rozenbaum 1998). Dieser psychosoziale Einschnitt gerät leicht in der Hintergrund, wenn das Klimakterium nur als hormonelle Veränderung beschrieben wird.

Dass die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Klimakterium der Frau gegenwärtig immer noch mit dem Schwerpunkt auf endokrinologischen Faktoren stattfindet, liegt nicht zuletzt an der Forschungsfinanzierung im Zusammenhang mit den Chancen einer Hormontherapie. Diese Forschung stellt jedoch selbst innerhalb des physiologischen Bedingungsgefüges nur einen Ausschnitt dar. Andere Prozesse und biologische Faktoren, wie Alter, Vorerkrankungen, Ernährungszustand etc., kommen seltener in Betracht (von Sydow und Reimer 1995). Schon der Begriff „Hormon replacement therapy“ definiert das Klimakterium implizite als behandlungsbedürftigen Mangelzustand. In ihrer Übersicht über die Forschungsliteratur führen von Sydow und Reimer (1995) aus, dass zahlreiche Arbeiten aus dem Bereich der HRT-Forschung Zweifel an der Neutralität der Forscher aufwerfen, etwa wenn schon im Titel versprochen wird: „Estrogen improves psychological function in asymptomatic postmenopausal women“, was dann an 36 mehrheitlich geschiedenen Latina -Frauen aus den USA verifiziert werden soll (Dittkoff et al. 1991), oder wenn methodisch fragwürdige Untersuchungen ohne Kontrollgruppe und unter direkter Beteiligung von Mitarbeitern der Pharmaindustrie im *Lancet* erscheinen (z.B. Whitehead et al.. 1990). Robert A. Wilson, der Begründer der Hormonersatztherapie, bezeichnet den

klimakterischen Hormonmangel als „erstzunehmenden klinischen Zustand, der Gesundheit und Glück jeder Frau bedrohen kann“. „Wechseljahre sind eine Krankheit, die ohne Medikamente unheilbar ist“ (Wilson 1966, zit. nach Nestler und Sies 1991). Andere Ärzte sprechen von „vaginaler Atrophie“, von „degenerativen Veränderungen“, „Östrogenhunger“ und „seniler Becken-involutionsatrophie“ – alles Defektbezeichnungen: Hier gibt die Sprache Auskunft darüber, wie klimakterische Frauen in unserer Gesellschaft eingeschätzt werden und sich selbst bewerten (Nestler und Sies 1991).

### *3.1.3.1 Persönlichkeitsfaktoren*

Utian (1991) formulierte die funktionale Definition von Klimakterium und Menopause unter Berücksichtigung somatischer (Hormonmangel), sozialer bzw. kultureller und psychologischer Faktoren (Persönlichkeit).

Persönlichkeitsfaktoren im Erleben des Klimakteriums wurden in der bisherigen Forschung wenig untersucht (von Sydow und Reimer 1995). Befunde über das prämenstruelle Syndrom (PMS) belegen, dass Persönlichkeitsmerkmale starken Einfluss auf das Erleben hormonell bedingter Schwankungen haben können. Entsprechend kann angenommen werden, dass dieser Zusammenhang auch für das Klimakterium besteht. Frauen mit PMS neigen verstärkt zu emotionaler Labilität, Depressivität, Ängstlichkeit und Unzufriedenheit (Rohde und Marneros 1992). Eine direkte Untersuchung des Einflusses von Persönlichkeitsfaktoren auf klimakterische Beschwerden wurde nur von Polit und LaRocco (1980) vorgelegt, die einen Zusammenhang zwischen niedrigem Selbstvertrauen und stärkeren psychischen Beschwerden im Klimakterium nachweisen konnten (vgl. auch Rosemeier und Schultz-Zehden 1994, Schultz-Zehden 1997). Rudolph et al. (1999) zählen in ihrer Forschungsübersicht sechs relevante Persönlichkeitsfaktoren auf, welche die Vulnerabilität für Klimakteriumsbeschwerden mitbedingen: allgemeine Lebenszufriedenheit, Gehemmtheit und Selbstunsicherheit, Erregbarkeit, Beanspruchung und Überforderung sowie Neurotizismus bzw. Emotionalität. Sie postulieren eine „allgemeine

psychische Instabilität“ über all diese Bereiche, die direkten Einfluss auf das negative Erleben des Klimakteriums hat. In ihrer Untersuchung an 105 peri- und postmenopausalen Frauen konnten Rudolph et al. (1999) einen starken Zusammenhang zwischen dispositioneller psychischer Instabilität und dem „klimakterischen Syndrom“ belegen, der deutlich stärker ausgeprägt war als der des hormonellen Status.

### *3.1.3.2 Lebensgeschichtliche Faktoren*

Das Klimakterium ist ein normaler Lebensabschnitt der Frau. Wenn in klinischen Studien zur Menopause überwiegend Patientinnen untersucht werden, d.h. Frauen, die ihre klimakterischen Beschwerden als krankheitswertig empfinden, so besteht die Gefahr einer Pathologisierung und in der Folge sogar Iatrogenisierung des Klimakteriums. Die positiven Aspekte der Menopause werden unterschätzt (von Sydow und Reimer 1995 bezeichnen diese Nichtbeachtung von Selektionseffekten als wissenschaftliche Fahrlässigkeit).

Bitzer (2000) weist darauf hin, dass unter psychosozialen Aspekten das Klimakterium als Entwicklungsaufgabe im Sinne von Erikson (1959) zu sehen sei. In dieser Phase geht es altersgemäß um zwei Bereiche: Zum einen um die Vollendung der Entwicklungsaufgabe der Fortpflanzung durch die Förderung der ins Erwachsenenalter eintretenden nächsten Generation. Zum anderen geht es darum, eine Rückschau auf das Erreichte zu halten und eine neue Integration im höheren Lebensalter zu finden. Greene (1984) bemerkt dazu, dass diese Reifungskrise dann zu einer Verschärfung bestehender Anpassungsprobleme oder zu einem vorzeitigen Funktionsverlust führen kann, wenn in der Vorgeschichte Mängel der intra- und interpersonellen Ressourcen vorliegen. Gestützt wird diese These von Caspi und Moffitt (1991), die am Beispiel der Menarche von einer Akzentuierung individueller Persönlichkeits-Dispositionen in kritischen Lebensphasen sprechen (vgl. dazu Rudolph et al. 1999). Seehafer (2000) wendet dagegen allerdings ein, dass die Auffassung des Klimakteriums als Reifungskrise impliziere, dass Frauen

die Möglichkeit hätten, etwas dagegen zu tun. Auch seien die in der großen Mehrheit gesunden menopausalen Frauen psychisch so unbelastet, dass es unzutreffend sei, von einer Krise zu sprechen.

Empirisch zeigen sich lebensgeschichtliche Einflüsse zum Beispiel daran, dass Frauen mit einem nicht traditionellen Lebensstil geringere Beschwerden haben, ebenso Frauen mit besserer Ausbildung und solche mit geringerer Kinderzahl (Kirchengast 1992a, 1992b, Jürgensen 1990). Frauen mit negativen prämenopausalen Einstellung zur Menopause leiden später stärker unter Hitzewellen (Avis und McKinlay 1991, Bergler 1984, Hunter 1990,1992). Negative Lebensereignisse haben größeren Einfluss auf die Befindlichkeit menopausaler Frauen als hormonelle Veränderungen (Riley 1991). Eine besonders belastende Gruppe sind Frauen nach Hysterektomie bzw. Ovarektomie. Sie leiden deutlich häufiger unter Depressionen als andere menopausale Frauen und nehmen auch häufiger Hormone bzw. Schlafmittel ein (Kuh et al. 1997, Avis und McKinley 1991, Ballinger 1990, Kaufert et al. 1992, Collins und Landgren 1997, Schultz-Zehden 1998).

Seehafer (1999) befragte Frauen, die nicht in klinischen Zusammenhängen untersucht, sondern als Zufallsstichprobe aus der Gesamtbevölkerung ausgewählt und angeschrieben wurden, nach Befindlichkeit, Gesundheitszustand, Medikation, Fertilität und familiärer Situation; außerdem wurden die Menopause-Bewertungsskala (MRS) nach Hauser et al. (1994) und das Bem-Sex-Role-Inventary (BSRI) (Bem 1977) erhoben. Der Vergleich ihrer Ergebnisse mit älteren klinischen Befunden von Hauser (1999) und Edman (1983) zeigt teilweise erheblich geringere Häufigkeiten bzw. Ausprägungsgrade klimakterischer Beschwerden. Die Suche nach Einflussfaktoren auf diesen Befund ergab, dass die drei häufigsten genannten Symptomgruppen (körperliche und geistige Erschöpfung, Schlafstörungen und Reizbarkeit) unabhängig von einer Hormontherapie gleich bleiben, d.h. dass die Beschwerden nicht allein durch den Östrogenmangel erklärt werden können. Auch andere sozioökonomische Faktoren (Stress, Fertilität, Verlusterlebnisse, Partnerbezug) korrelierten nicht mit den Beschwerden – hingegen wirkten sich Trennungs- und Streitsituationen signifikant auf erhöhte

Beschwerden aus, während häufige sexuelle Aktivität unabhängig von einer Partnerschaft sich günstig auf die Beschwerden auswirkte. Negative Erwartungen und allgemeine Zufriedenheit standen in signifikantem positivem bzw. negativem Zusammenhang mit dem Ausmaß der erlebten Beschwerden. Die Autorin schließt aus ihren Befunden, dass sich Frauen heute weniger vor dem Klimakterium fürchten und es infolgedessen auch weniger als Krankheit erleben (s. dazu auch unten 3.1.4).

### *3.1.3.3 Soziale Faktoren*

Von großer Bedeutung für das Erleben des Klimakteriums, aber auch für seinen Verlauf ist die Tatsache, dass der Zeitpunkt des Wechsels zusammenfällt mit einer Reihe sozialer Veränderungen im privaten, beruflichen und gesellschaftlichen Bereich. Somit könnte die Menopause auch als Chance für einen neuen Beziehungsanfang gesehen werden. Anders als zu Tilts Zeiten sind Frauen heute aber nicht mehr ausschließlich auf ihre „Reize“ angewiesen, sie sind oft auch berufstätig und leben in partnerschaftlichen Beziehungen. Auch in dieser Hinsicht kann die Zeit des Klimakteriums eine soziale und ökonomische Umbruchphase darstellen. Im subjektiven Erleben ist es möglich, dass Frauen diese komplexen Neuorientierungen der Menopause zuschreiben (Neugarten et al. 1963, Lehr 1966, Weideger 1978). Verschiedene Untersuchungen konnten nachweisen, dass perimenopausale Frauen dazu neigen, die Ursache ihrer Beschwerden in der hormonellen Umstellung zu sehen (Rosemeier und Schultz-Zehden 1994) und für medizinisch behandlungsbedürftig halten (Sinclair et al. 1993).

### *3.1.4 Psychodynamik des Klimakteriums*

Frühere psychoanalytische Autoren wie Deutsch (1924) nehmen an, dass das Ende der Fertilität immer mit Depression in Verbindung steht. Helene Deutsch identifiziert die Menopause mit dem Verlust der Fertilität – was aus ihrer Sicht auch den Verlust der Fähigkeit impliziert, einen Penisersatz zu erschaffen. Obwohl Deutsch später ihre These revidiert hat, basiert ihre Interpretation der

Menopause grundsätzlich auf der Freudschen Phasenlehre (Freud 1905). 1937 schrieb Freud:

„Zweimal im Laufe der individuellen Entwicklung treten erhebliche Verstärkungen gewisser Triebe auf, zur Pubertät und um die Menopause bei Frauen“ (Freud 1937).

Wie Freud vergleicht auch Deutsch die Pubertät mit der Menopause und verbindet sie mit dem Konzept der Regression. Die Depression während der Menopause resultiert daraus, dass diese einen irreversiblen Schlag gegen den weiblichen Narzissmus darstellt und den Kastrationskomplex mobilisiert (Deutsch 1924).

Benedek (1950) definiert das Klimakterium dagegen als eigenständige Entwicklungsphase, in der zwar durch den Hormonmangel die Desexualisierung der emotionalen Bedürfnisse bewirkt, dadurch jedoch andererseits (vor allem unter günstigen kulturellen Bedingungen) neue Sublimierungs- und Entwicklungsmöglichkeiten geschaffen werden.

Lax (1982) erweitert diese psychodynamische Sicht der Menopause um modernere psychoanalytische Theoreme, wie die Ichpsychologie, die Narzissmustheorie und die Objektbeziehungstheorie:

„The manner and the extent to which a woman responds to the climacteric will depend on the severity of her physiological symptoms, the nature of past experience, her internalized object relations, her psychic structure, the strength of her libidinal investments, the width of her conflict-free ego sphere, the nature and strength of her ego interests, the extent of her healthy narcissism, the nature of her current object relations, and the nature of her familiar and social setting“ (Lax 1982).

Die Entwicklung der weiblichen Identität und Psychosexualität ist spätestens seit den 60er Jahren des 20. Jh., parallel zur Entfaltung des feministischen Theoriediskurses, eines der bestimmenden Diskussionsthemen innerhalb der Psychoanalyse geworden. Seither hat sich eine eigenständige Theorie der weiblichen Entwicklung in der Psychoanalyse etabliert (vgl. Mertens 1992,

1994). Freuds Auffassung der weiblichen psychosexuellen Entwicklung war im Wesentlichen am Beispiel des männlichen Kindes entwickelt worden; die weibliche Entwicklung galt lediglich als defizitäre männliche. Durch die Kritik dieses Vorurteils (vgl. Chasseguet-Smirgel 1964, Blum 1977, Rohde-Dachser 1991) drang langsam die Tatsache ins allgemeine Bewusstsein, dass Eva mehr als Adams Rippe und die Frau keine Entwicklungsvariante des Mannes ist. Stoller (1975) kam bei seiner Diskussion der Transsexualität sogar zu der Annahme, dass beide Geschlechter primär eine weibliche Geschlechtsidentität entwickeln.

Für die Entwicklung des Körpererlebens sind insbesondere die Arbeiten von Judith Kestenberg (1980) und Dinorah Pines (1988) von Bedeutung. Kestenberg betont die für die weibliche Entwicklung wesentliche Rolle der innerleiblichen Empfindungen. Im Gegensatz zum Jungen hat das Mädchen keine so deutlich konturierten und äußerlich sichtbare Geschlechtsorgane; es erlebt seine Erregung als weniger konturierten inneren Zustand, dem eine innere Leere folgt. Dies führt zur Entwicklung von Phantasien über Objekte, welche die inneren Hohlräume füllen können.

Dinorah Pines (1988) betont die Entwicklungsaufgabe des Mädchens, sich einerseits mit der Mutter zu identifizieren und sich andererseits von ihr abzugrenzen. Betty Raguse-Stauffer (1990) greift die neueren psychoanalytischen Theorien der weiblichen Entwicklung auf und wendet sie auf das Klimakterium an: Wenn es die Aufgabe des kleinen Mädchens ist, sich von der idealisierten Mutter, mit der es identifiziert ist, zu lösen, so ist es nicht verwunderlich, dass mit der Pubertät eine gespaltene frühkindliche Mutterrepräsentanz wiederbelebt wird, die neben den versorgenden und weiblich-idealisierten Zügen auch abstoßende und entwertete Züge trägt. Mit diesem in der frühesten Kindheit entstandenen und in der Pubertät aktualisierten Bild geht die erwachsene Frau auf das Klimakterium zu.

Auch Bemesderfer (1996) geht von dieser veränderten Auffassung der weiblichen Entwicklung aus. Aufbauend auf einem von Mayer (1985) entwickelten Konzept der weiblichen Kastrationsangst – das Mädchen hält seine Genitalien für etwas Spezielles und Wunderschönes und befürchtet, sie

zu verlieren, entstellt bzw. in einen Jungen verwandelt zu werden – postuliert Bemesderfer (1996) das Zusammenspiel zweier qualitativ unterschiedlicher Kastrationsängste in der Entwicklung des Mädchens: Sowohl die bereits von Freud und Helene Deutsch beschriebene phallische Kastrationsangst (der Glaube des Mädchens, bereits entstellt bzw. kastriert zu sein) als auch die weibliche Kastrationsangst (Mayer 1985) werden in der Menopause erneut aktiviert.

Ähnlich wie jedes Mädchen die Pubertät mit intensiver Selbstuntersuchung durchlebt, konfrontiert mit ihrer neuen physischen Realität, wird auch die Menopause als Zeit intensiver Selbstwahrnehmung betrachtet. Bemesderfer parallelisiert Pubertät und Menopause nicht im Hinblick auf den Libidohaushalt, sondern auf die weibliche Identität. Sowohl die Menarche wie die Menopause stimulieren Phantasien über die eigenen Geschlechtsorgane. Die Schlüsseldifferenz zwischen diesen Phantasien ist, dass die Menarchephantasien vom Hinzukommen der Reproduktion stimuliert sind, während die menopausalen Phantasien um den Verlust dieser Funktion kreisen. In ihrer psychoanalytischen Arbeit mit menopausalen Patientinnen fand Bemesderfer wiederholt die Phantasie, dass die Ovarien schrumpfen und an ihrer Stelle ein Hohlraum im Unterleib entsteht. Wenn die Ovarien sich jeden Monat „entleeren“, kann der Raum, der nach der Entleerung bleibt, in der Zukunft wieder gefüllt werden. Die Menopause schafft dagegen einen Raum, der dauernd leer bleiben wird, wenn es den Frauen nicht gelingt, ihn mit Hilfe von Phantasien oder Träumen zu füllen, z.B. mit Schwangerschaftsträumen, oder mit anderen analogen Plänen und Aktivitäten.

Die Akzeptanz der Menopause ist ein Prozess der Erinnerung und unbewussten Bearbeitung von Aspekten der Identifikation mit der Mutter. Während dieser Zeit realisieren die meisten Frauen, dass Menopause, wie auch die Menstruation, ein wichtiger Teil des Frauseins sind. In diesem Fall ist die normale Menopause, wie auch die normale Menarche, eine Bestätigung der primären weiblichen Identität.



### *3.1.5 Kulturelle Besonderheiten - gesellschaftliche Wertungen*

Das Erleben des Klimakteriums ist stark von kulturellen und gesellschaftlichen Faktoren beeinflusst. Je nachdem, wie eine Gesellschaft oder Epoche den Status der Frau im Allgemeinen und insbesondere den der alternden Frau definiert, kann das Spektrum der subjektiven Erfahrung des Klimakteriums von Befreiung bis Depression reichen.

#### *3.1.5.1 Kulturelle Differenzen*

Von Sydow und Reimer (1995) berichten in ihrer Metaanalyse der psychosomatischen Literatur zur Menopause unter anderem von deutlichen kulturellen Differenzen im Erleben der Sexualität: Während postmenopausale amerikanische Frauen eine Vielzahl von sexuellen Problemen wie Lubrikationsschwäche (61 %), reduziertes sexuelles Interesse (56 %), reduzierte Erregbarkeit (44 %), Anorgasmie (32 %), reduzierte vaginale Empfindungen (25 %) oder Dyspareunie (17 %) nennen, leiden nur 4 % der menopausalen Japanerinnen unter reduziertem sexuellen Interesse. Kuhl (1999) berichtet ähnliche Zahlenverhältnisse mit Bezug auch auf die vegetativen Symptome. Wie lassen sich solche Befunde erklären? Man hat versucht, den Unterschied auf die sojareiche Ernährung zurückzuführen (Murkies et al 1995, Albertazzi et al 1998). Denkbar wäre auch, dass es sich um ein Artefakt handelt: Vielleicht reden Japanerinnen weniger offen über ihre intime Sphäre bzw. neigen weniger zur Beachtung individueller Befindlichkeiten (Doi 1973). Lock (2002) schildert die Situation der heutigen japanischen Hausfrauen als Übergangssituation: Sie passen nicht mehr in das Stereotyp der untätigen Blume des Hauses, sind aber noch nicht in einem modernen, emanzipierten Bild der selbstständigen Frau verankert. Die geringe Inzidenz klimakterischer Beschwerden aus früheren Untersuchungen könnte sich möglicherweise nach diesem modernen Befund nicht halten, weil die Rolle der Frau in der Großfamilie und die mit ihr verbundene Erwartung, im

Alter eine mächtige, angesehene und sorgenfreie Rolle zu übernehmen, historisch überholt ist.

Sicher zu kurz greifen Ansätze, die oberflächlich nur einen Aspekt aus einer fremden Kultur herausnehmen und auf unsere zu übertragen versuchen, wie etwa der gegenwärtig modische Ruf nach sojareicher Ernährung gegen klimakterische Beschwerden. Inzwischen wurde die Wirkung von sojareicher Ernährung auf die Reduzierung von Hitzewallungen empirisch widerlegt (Tice et al. 2003) bzw. als Placebowirkung erkannt (Penotti et al. 2003).

Dennoch ist nicht von der Hand zu weisen, dass die körperlichen Veränderungen der Menopause kulturspezifisch unterschiedlich erlebt werden. Maoz et al. (1977) untersuchten insbesondere psychische und psychosomatische Symptome sowie die Haltung zur Menopause im Vergleich jüdischer Frauen unterschiedlicher ethnischer Abstammung und fanden signifikante interkulturelle Differenzen. Persische Frauen hatten ausgeprägtere Beschwerden als europäische, arabische, türkische und afrikanische Frauen. In Bezug auf die Haltung zur Menopause zeigte sich ebenfalls eine interessante Differenz: Obwohl diese in allen untersuchten ethnischen Gruppen hinsichtlich des Endes der Fertilität und der Menstruation überwiegend begrüßt wurde, befürchteten arabische und nordafrikanische Jüdinnen gehäuft, ihre Männer könnten das Aufhören der Fruchtbarkeit negativ bewerten.

Auf die Kulturabhängigkeit des Erlebens und des Bewertens der Postmenopause verweisen auch anthropologische Untersuchungen: Oft zitiert werden die Rajput-Frauen in Indien (van Keep et al. 1978, Nestler und Sies 1991), die kaum über Wechseljahrsbeschwerden klagen. Das Aufhören der Menstruation bedeutet für sie Zuwachs an gesellschaftlichem Ansehen, da sie erst als nicht mehr menstruierende Frauen an den Gesprächen und Aktivitäten der Männer gleichwertig teilnehmen dürfen. Im indischen Himalaja wird nach Krengel (2002) die Sexualität nicht wie in der christlichen Kultur mit Sünde assoziiert, sondern gilt als wertvolle, verbindende Kraft. Das Sprechen über Sexualität ist nicht tabuisiert und wird insbesondere von älteren Frauen gerne scherzhaft betrieben. Die Körperöffnungen gelten als „Türen des

Körpers“, durch die auch böse Geister in die Frau eindringen können. Mit der Menopause als dem Lebensalter, in dem sich der weibliche Körper teilweise „schließt“, nimmt diese Gefahr ab.

Bei den Beti in Süd-Kamerun beobachtete Vincent (2002), dass die Wechseljahre mit dem Ende der Unterwerfung unter die Autorität der Männer korrespondierten. Sie gelten als Phase, in der die Frauen Macht ausüben und sich den Männern gleichgestellt erleben. Der Preis für diesen Machtzuwachs ist ein gesellschaftliches Tabu: Mit dem Aufhören der Menstruation gilt für die Frauen jeder sexuelle Kontakt als schädlich und ist daher untersagt. Nestler und Sies (1991) zitieren den Gynäkologen und Anthropologen Joel Wilbush (1980) mit der Feststellung, „dass die Zulu-Frauen und die arabischen Palästinenserinnen nicht über klimakterische Beschwerden klagen. Sie erfahren zwar mit dem Aufhören der Gebärfähigkeit eine soziale Abwertung, erleben das Klimakterium aber nicht als Krankheit. In diesen Kulturen wechseln die Frauen von leiblicher zu sozialer Mutterschaft im Sinne eines „Surrogat-Schoßes“. Sie sehen Sexualität nicht mehr als ihre Sache an und können daher ohne Selbstwertverlust ihre Männer bei der Wahl einer jüngeren zweiten Frau beeinflussen.“

In ihrer vergleichenden Untersuchung bei den Maya in Mexiko und auf der griechischen Insel Euböa stellte Bayene (1989) fest, dass die Maya-Frauen die vegetativen Symptome der Wechseljahre nicht kennen. Sie erklärt diesen Befund zum einen hormonell mit dem hohen Kinderreichtum, zum anderen damit, dass sie sich mit dem Ende der gebärfähigen Zeit „glücklich“ und „frei wie ein junges Mädchen“ fühlen (Bayene 1989), eine Einschätzung, welche die griechischen Insulanerinnen teilten, obwohl diesen vegetative Beschwerden durchaus bekannt waren. Krasberg (2002) vergleicht griechische Dorfbewohnerinnen mit westlichen Frauen und stellt fest, dass das Ende der Gebärfähigkeit und das Ende der Mutterrolle für die westlichen Frauen das Empfinden von Leere auslöst, während für die griechischen Frauen eine neue Identität als Großmütter bereitsteht. „Kernpunkt dieser Identität ist der weiblich-soziale Handlungsspielraum“ (Krasberg 2002).

### *3.1.5.2 Die Frauenrolle in der europäischen Geschichte*

Die Rolle der Frau im Abendland ist vor allem seit dem Mittelalter durch das Christentum bestimmt.

Im Mittelalter hatte die Frau in der sozialen Organisation des „Ganzen Hauses“ eine bedeutsame Rolle und war auch im öffentlichen Leben, z.B. an Universitäten vertreten (Lambertini 1978). Eine Wende bedeutete der Übergang zum 16. Jh. Die Inquisition wandelte sich mit einer Opferrate von um die 80 % zur systematischen Verfolgung von Frauen. Der „Hexenhammer“ (Sprenger und Institoris 1487) erreichte durch den Buchdruck große Verbreitung (vgl. Heinsohn und Steiger 1987, Behringer 1987).

Diese Dämonisierung der Frau hatte jahrhundertlange Nachwirkungen. Im allgemeinen, aber auch im medizinischen Bewusstsein änderte sich das Bild der Frau. Bei Paracelsus und der von ihm begründeten medizinischen Tradition wurde die ältere, unabhängige, heilkundige Frau mit Misstrauen betrachtet und für jedes Unheil verantwortlich gemacht. In Märchen kommt die ältere Frau nur als die Hexe oder als böse konkurrierende Stiefmutter vor. Es gibt, etwa in der Märchensammlung der Brüder Grimm, keine gute alternde Frauengestalt. Auch in der Literatur gibt es kaum attraktive ältere Frauen. Shakespeares „Lady Macbeth“, die offensichtlich im klimakterischen Alter ist, verkörpert den Typ der gefährlichen und manipulativen Frau, die ihren Mann zum Mord anstiftet. Deutlicher noch wird die Sexualität als Quelle der Gefährlichkeit der alternden Frau bei Shakespeare in der Figur von Hamlets Mutter Gertrude.

Noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts war die Rolle der Frau vorwiegend durch Aufziehen der Kinder definiert; nach Aufhören der Fortpflanzungsfähigkeit war die Frau weitgehend nutz- und wertlos (Lehr 1978).

Stellvertretend für die Literaturgeschichte des Klimakteriums, die im vorliegenden Rahmen nicht behandelt werden kann, soll hier Thomas Manns in diesem Zusammenhang oft zitierte späte Erzählung „Die Betrogene“ (1953) genannt werden. Sie beginnt mit der Schilderung des fünfzigsten Geburtstags der Protagonistin, die alle klassischen klimakterischen Symptome enthält:

„ängstliche Wallungen, Unruhe des Herzens, Kopfweh, Tage der Schwermut und eine Reizbarkeit, die ihr auch an jenem Festabend einige der zu ihren Ehren gehaltenen launigen Herrenreden als unleidlich dumm hatte erscheinen lassen.“ Sie verliebt sich in einen 24-jährigen Hauslehrer. Mit fortschreitender Verliebtheit ereignet sich nun, obwohl sie doch schon „von der Natur in den milden, würdigen Matronenstand überführt“ war, das Wunder der Wiederkehr der Menstruation. Sie gibt sich der Hoffnung hin, dass „die Natur wieder zurücknimmt, was sie mit meinem Körper schon veranstaltet zu haben schien.“ Die Erzählung schließt mit einer tragischen Wendung: Ihre scheinbar wiedergekehrte Regelblutung erweist sich als Symptom einer zu spät diagnostizierten Krebserkrankung.

Die klassische Schilderung des Klimakteriums mündet in eine Katastrophe gerade an der Stelle, wo noch einmal die Möglichkeit aufscheint, sich neu zu verlieben. In dieser Wendung, die wie eine Strafe der Natur wirkt, vollzogen an dem Organ, das wieder zu erwachen scheint, manifestiert sich das Sexualtabu der klimakterischen Frau.

In ihrem autobiographischen Buch „Eine gebrochene Frau“ beschreibt Simone de Beauvoir (1968) ihre Depression während ihrer Wechseljahre.

„Wie soll ich leben, wenn ich an nichts glauben kann, nicht einmal an mich (...) Was für einen unnützen Energieaufwand erfordern alle, auch die einfachsten Verrichtungen, wenn man die Freude am Leben verloren hat. Abends stelle ich eine Teekanne, die Tasse, den Wasserkessel zurecht, bereite alles sorgsam vor, damit der nächste Tag mit möglichst wenig Anstrengung beginnt. Und trotzdem bringe ich morgens kaum, die Kraft auf, aus dem Bett zu steigen und dem nächsten Tag ins Auge zu sehen...“

Auch in ihrem theoretischen Alterswerk „Das Alter“ (1970) schildert Simone de Beauvoir diesen Lebensabschnitt in düsterem Licht. In ihrer Schlussfolgerung schreibt sie: „...tatsächlich muss man das Alter, mehr noch als den Tod, als Gegensatz zum Leben betrachten. Es ist die Parodie des Lebens“ (de Beauvoir 1970).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass jedenfalls in der europäischen Literatur bis in die Gegenwart die Rolle der klimakterischen Frau negativ gesehen wurde. Die vorübergehende Aufwertung der Frau in Kriegszeiten wurde danach schnell rückgängig gemacht und hinterließ keine bleibenden Spuren. Die traditionelle Frau war, verbraucht durch die vielen Schwangerschaften und die Pflege der Kinder sowie den wesentlich umfangreicheren Haushalt, nicht in der Lage, die Wechseljahre bewusst als wichtige Lebensphase zu besetzen.

### **3.2 Entwicklung der Fragestellung aus der klinischen Erfahrung**

Wie schon in der Einleitung erwähnt, stellen sich in der frauenärztlichen Praxis regelmäßig Patientinnen im Alter von 45 bis 55 Jahren vor, die ihr beginnendes Klimakterium nicht erkennen und statt dessen das Ausbleiben der Regel für ein Zeichen von Schwangerschaft halten. Diese Verkennung bleibt in einigen Fällen trotz des negativen Ergebnisses der klinischen Untersuchung und ausführlicher Aufklärung bestehen. Diese Patientinnen kommen in der Folge wiederholt in die Praxis mit der Frage nach einer Schwangerschaft. Angebote, einen Zusammenhang zum Klimakterium herzustellen, weisen sie zurück.

Die Beharrlichkeit dieser Verkennung bei manchen Frauen wirft die Frage auf, ob dahinter eine systematische Tendenz zu erkennen ist. Es sind verschiedene Faktoren denkbar, die das Phänomen der Nichtakzeptanz des Klimakteriums bewirken könnten, z.B. ein Persönlichkeitsmerkmal, lebensgeschichtliche Ereignisse, eine neurotische Störung oder auch ein gesellschaftlicher Trend.

In der vorliegenden Studie soll nur auf die intrapsychischen Faktoren eingegangen werden, welche die beiden Gruppen von Frauen unterscheiden: diejenigen, die den Übergang ins Klimakterium akzeptieren und diejenigen, die sich dagegen sträuben.

Auch die psychischen Faktoren, die zur Folge haben, dass die hier untersuchten Frauen nicht in der Lage sind, den Übergang in die Lebensphase des Klimakteriums zu akzeptieren, könnten auf verschiedenen Ebenen angesiedelt sein. Es könnte sich um bewusste Verleugnung handeln oder um einen unbewussten Prozess, es könnte sich um einen stabilen Persönlichkeitszug handeln, der ganz allgemein die Selbstwahrnehmung einschränkt, oder um einen neurotischen Konflikt, der speziell die eigene Weiblichkeit aus der Wahrnehmung ausblendet oder verzerrt. Um diesen vielfältigen Möglichkeiten etwas näher zu kommen, sollen zunächst die Terminologie verdeutlicht werden (Kap. 3.3) und danach in einer qualitativen Vorstudie (Kap. 4) an der kasuistischen Untersuchung einiger ausgewählter Patientinnen die wesentlichen Momente der Ausblendung der Menopause heuristisch eingegrenzt werden. Danach werden Hypothesen formuliert, die in einer empirischen Untersuchung überprüft werden.

### **3.3 Nicht-Akzeptanz, Verdrängung oder Verleugnung?**

In dieser Arbeit geht es um das verleugnete Klimakterium. Der Begriff „verleugnet“ impliziert eine bestimmte psychodynamische Hypothese, die im Folgenden verdeutlicht werden soll. Es ist zwar einfacher, neutral vom „nicht wahrgenommenen“ Klimakterium zu sprechen. Für die statistische Auswertung wurde dieser Weg beschritten und konstruktneutral von der Gruppe der „Nicht-Akzeptierenden“ gesprochen.

Diese terminologische Vorsicht könnte aber darüber hinwegtäuschen, dass die hier untersuchten Patientinnen nicht einfach etwas ausblenden, übersehen oder auf andere Weise „zufällig“ nicht wissen. Solche Frauen mag es auch geben, aber sie kommen nicht zum Arzt. Die hier untersuchten Frauen haben jedoch ihre Ärztin aufgesucht, weil sie sich Sorgen über ein körperliches Phänomen machten, das Ausbleiben der Regelblutung. Sie konnten es aber nicht in Bezug setzen zu ihrem Lebensalter, konnten den Schluss nicht ziehen, dass es sich um das deutlichste Zeichen der Menopause handelte.

Sie ersetzen diese Wahrnehmung durch eine Phantasie. Sie wollten sich auf eine mögliche Schwangerschaft hin untersuchen lassen.

Im psychodynamischen Sinne ist es also gerechtfertigt, von einer Abwehr zu sprechen, und zwar, wie die folgenden Abschnitte zeigen, von „Verleugnung“.

Sigmund Freud (1894, Breuer und Freud 1895) ging davon aus, dass die neurotischen Symptome seiner Patientinnen dazu dienten, einen inneren Konflikt unbewusst zu halten. Der wichtigste von Freud definierte Abwehrmechanismus ist die Verdrängung. Sie sorgt dafür, dass mit einem Triebimpuls zusammenhängende Vorstellungen unbewusst werden (Laplanche und Pontalis 1967). Andere Abwehrmechanismen machen den anstößigen Wunsch zwar nicht unbewusst, doch entstellen sie ihn inhaltlich oder formal so sehr, dass er nicht mehr identifiziert werden kann. Anna Freud (1936) systematisierte und erweiterte das Abwehrkonzept. Sie unterscheidet zwischen gesunder Abwehr als Maßstab der seelischen Reife eines Kindes und pathologischer Abwehr. Gleichzeitig enthält das Abwehrmodell von Anna Freud auch Hinweise darauf, dass Abwehr nicht nur auf innerseelische, sondern auch auf Außenwahrnehmung angewandt werden kann. Abwehrmechanismen wie die Verleugnung und die Ich-Einschränkung dienen dazu, Einflüsse der Außenwelt vom kindlichen Ich fernzuhalten. Die moderne Psychoanalyse fasst den Begriff der Abwehr wesentlich weiter als die klassische (Joffe und Sandler 1967). Lichtenberg und Slap (1971, 1972) sprechen von der „Abwehrorganisation“ als affektiv-kognitives Regulationssystem. Steffens und Kächele (1988) setzen den Begriff der Abwehr mit kognitionspsychologisch orientierten Copingtheorien, vor allem von Lazarus (1966) in Beziehung.

Im Gegensatz zur Verdrängung (engl.: repression), die obsolete Triebimpulse oder kognitive Inhalte, die unangenehme Gefühle auslösen könnten, vom Bewusstsein fernhält, z.B. durch Vergessen, tritt die Verleugnung (engl.: denial) realen Umwelteinflüssen gegenüber auf. Verleugnung dient dazu, eine als gefährlich erlebte Realität vom Bewusstsein fernzuhalten.



In ihrer klassischen Monographie über die Abwehrmechanismen beschreibt Anna Freud (1936) die Verleugnung als einen Abwehrmechanismus, der eigentlich bereits eine frühe Vorstufe der Abwehr im engeren Sinne bildet. Sie geht dabei von der entwicklungspsychologischen Hypothese aus, dass das Kind die äußere Welt vor der inneren auszublenden lernt, indem es sie durch Phantasien ersetzt. „Das Ich des Kindes sträubt sich dagegen, ein Stück unliebsamer Wirklichkeit zur Kenntnis zu nehmen. So wendet es sich erst einmal von der Realität ab, verleugnet sie und ersetzt das Unerwünschte bei sich durch die Vorstellung vom umgekehrten Sachverhalt“ (A. Freud 1936). Über diese phantasierende Verleugnung hinaus beschreibt Anna Freud auch die „Verleugnung in Wort und Handlung“ (ebd., Kap. 7). Schon Anna Freud war sich des erkenntnistheoretischen Problems bewusst, das mit dieser Auffassung verknüpft ist: Um auf diese Weise verleugnet werden zu können, muss eine Realität erst einmal wahrgenommen sein. Die Verleugnung ist, jedenfalls in den Anfängen ihrer Entwicklung, daher gar nicht als ganz unbewusst aufgefasst. Sie ist eng verwandt mit der pädagogischen Verleugnung von Kleinheit und Abhängigkeit, der das Kind auf Schritt und Tritt in den lobenden Aufmunterungen seiner Erzieher begegnet (ebd.). Das Kind lernt, um die Realität (z.B. die Realität seiner Schwäche und Bedürftigkeit) zu bewältigen, zunächst einmal, sie vor sich selbst zu verleugnen. Verleugnung ist sozusagen ein notwendiger Schutzraum, in dem die volle Anerkennung der Realität erst entsteht.

#### **4 Vorstudien**

Aufgrund des Mangels an Literatur zum Thema des verleugneten Klimakteriums war zunächst eine systematische Recherche erforderlich, die dem Nachweis der Forschungslücke diene.

Danach war zur Vorbereitung der empirischen Untersuchung und zur Gewinnung operationalisierbarer Fragestellungen zunächst eine qualitative Untersuchung ausgewählter Fälle aus der klinischen Praxis durchzuführen.

#### 4.1 Literaturrecherche

Aus einer Sichtung der Forschungsliteratur zu Klimakterium und Menopause, eingegrenzt durch die Suchbegriffe „Verleugnung“, „Wahrnehmung“, „Schwangerschaftsphantasie“, „Verdrängung“ und ihrer englischen Korrelate in den Datenbanken Medline, PubMed, PEP (Psychoanalytic Electronic Publishing), im OPAC der Deutschen Bibliothek Frankfurt/M. und der Library of Congress fanden sich keine Nachweise einer empirischen Untersuchung des nichtakzeptierten Klimakteriums.

In PubMed finden sich bei einer Recherche im Zeitraum 1996 bis 2005 insgesamt 13.652 Artikel zum Stichwort „Menopaus\*“ ODER „Climacter\*“. Die oben genannte Eingrenzung erbrachte keinen Treffer.

In Psynindex Plus und PsycInfo konnte bei der gleichen Recherche ebenfalls kein Titel nachgewiesen werden.

Eine Literaturrecherche in DIMDI SmartSearch erbrachte ebenfalls keine einschlägigen Ergebnisse. Da es sich um den Nachweis handelte, dass tatsächlich keine Forschungsliteratur zum Thema vorliegt, wurde über die wichtigste Datenbank MEDLINE, die von DIMDI abgefragt wird, eine extensive Datenbankrecherche über sämtliche 39 in DIMDI SmartSearch verfügbaren Datenbanken durchgeführt. Die Suche wurde auf Titelstichworte eingegrenzt. Der Suchauftrag war wie folgt formuliert:

*Find (ct=menopaus? OR ct=climacteri? OR ctg=Klimakteri?) AND (ct=deni OR ct=repress? OR ctg=verdräng? OR ctg=verleugn?)*

Erwartungsgemäß konnten alle Treffer in Medline nachgewiesen werden. Zwei Titel listete parallel dazu auch XTOXLINE. Insgesamt wurden durch die DIMDI SmartSearch 7 Titel nachgewiesen, von denen jedoch keiner eine einschlägige Veröffentlichung zum nicht-wahrgenommenen Klimakterium darstellt.

Ein Überprüfung dieses Ergebnisses mit einer Recherche über alle Datenfelder mit dem gleichen Suchauftrag erbrachte zwar 50 Treffer, von denen jedoch ebenfalls kein einziger thematisch einschlägig war.

## **4.2 Qualitative Interviews**

Zur Vorbereitung der eigentlichen empirischen Untersuchung wurden ausgewählte Fälle aus der klinischen Praxis mit qualitativen Interviews untersucht.

Die Auswahl der Fälle für diese Vorstudie erfolgte retrospektiv und idealtypisch. Die Frauen, über die hier berichtet werden soll, zeichneten sich durch die besondere Deutlichkeit aus, mit der sie die Möglichkeit der Menopause in ihrem Erleben ausschlossen. Andererseits sollen die vorgestellten Fälle auch illustrieren, wie viele abweichende Verläufe möglich sind und wie unterschiedliche Hintergründe an diesem Phänomen der Verleugnung beteiligt sein können. Die fünf diskutierten Fälle sind insoweit typisch, als sich nach klinischer Erfahrung im Wesentlichen das Spektrum der Patientinnen abdecken, die ihre Menopause verleugnen.

### *Interviews*

Die folgenden Interviews können nicht den Anspruch erheben, eine vollständige psychodynamische Ableitung zu leisten. In der Regel ist im Praxisgespräch die Psychodynamik der Verleugnung des Klimakteriums nicht aufzuklären, es besteht von Seiten der Patientinnen auch kein Auftrag dazu. Die folgenden Vignetten umfassen sowohl solche Beispiele, in denen eine offensichtliche Verleugnung zwar vorliegt, aber Hinweise auf deren persönlichen Hintergrund entweder nicht gegeben werden oder der Versuch, sie aufzugreifen, zurückgewiesen wird. Andere Beispiele zeigen Gespräche, in denen ein gemeinsames Verständnis der Verleugnung erarbeitet werden konnte.

Die illustrativen Interviews, die neben der Fragebogenuntersuchung den zweiten, qualitativ empirischen Zugangsweg der vorliegenden Arbeit bilden, unterscheiden sich in ihrer Methodik von der unten (6.3.1) geschilderten gynäkologischen Anamnese. Die Patientinnen mit verleugnetem Klimakterium wurden in der Regel zu einem gesonderten Gesprächstermin gebeten, um eine vertiefte psychosomatische Diagnostik und Differentialdiagnostik durchzuführen und ggf. die Hintergründe der Verleugnung zu eruieren.

Das Vorgehen bei diesem Gespräch lässt sich nicht in manualisierter Form, etwa als Interviewleitfaden, formulieren. Es geht um die Herstellung einer besonderen Gesprächssituation, die zunächst Raum schafft für die spontanen Angebote der Patientin und die Reflexion der Reaktionen des Arztes (Balint 1963). Das psychosomatische Interview ist von verschiedenen Autoren in einzelne Schritte unterteilt worden (Morgan und Engel 1977, Adler und Hemmeler 1990, Buhrmann und Ahrens 1997). Drei Grundaspekte des psychosomatischen Gesprächs sind (1) die biographische Anamnese, (2) die Anamnese psychischer und somatischer Vorerkrankungen und Vorbehandlungen, (3) die erweiterte psychosomatische Anamnese. Ihr Ziel ist es, die körperliche Symptomatik in einen Zusammenhang zur aktuellen Lebenssituation und zur lebensgeschichtlichen Entwicklung des Patienten zu bringen. Buhrmann und Ahrens (1997) unterscheiden mit Adler und Hemmeler (1990) zehn Interviewschritte:

1. Vorstellen, Begrüßen
2. Schaffen einer günstigen Situation
3. Erfassen des aktuellen Befindens
4. Aktuelle Symptome (zeitliches Auftreten, Qualität, Intensität, Lokalisation und Ausstrahlung, Begleitzeichen, intensivierende / lindernde Funktion, Umstände)
5. Persönliche Anamnese
6. Familienanamnese
7. Psychische Entwicklung

8. Soziale Anamnese
9. Systemanamnese
10. Fragen/Pläne

Diese zu starre, am zeitlichen Ablauf der Anamneseerhebung orientierte Darstellung beschreibt die in der vorliegenden Arbeit verwendete Methode nur mit der ausdrücklichen Einschränkung, dass die zeitliche Reihenfolge nicht festgelegt ist.

Von Bedeutung sind, neben den in den Schritten (1), (2) und (10) beschriebenen Rahmenbedingungen vor allem die anamnestischen Interaktionen, die in den Schritten (3) bis (9) niedergelegt sind.

Für die Gespräche, die im qualitativ-empirischen Teil der vorliegenden Studie beschrieben sind, also mit Frauen, die das Einsetzen des Klimakteriums verleugnen, sind insbesondere die folgenden Aspekte von Bedeutung.

- (1) Zur Kontaktaufnahme bei dieser Klientel gehört es notwendigerweise, dass sie die Praxis nicht wegen bewusst vorhandener psychischer Beschwerden aufsuchen, sondern ganz im Gegenteil die wahrgenommenen Veränderungen nur als körperliche erleben. Es ist deshalb ein wesentlicher Bestandteil der ersten Kontaktaufnahme, gemeinsam mit der Patientin auszuloten, welche weiteren Erklärungen möglicherweise in Frage kommen können und einen Gesprächsraum anzubieten. Dieses Angebot wird gerade von den „verleugnenden“ Patientinnen oft nicht angenommen. Sie erscheinen mehrmals mit gleichlautenden Beschwerden, ohne auf das Angebot eines Gesprächs über das Klimakterium eingehen zu können. Im diesen Sprechstundenkontakten geht es dann schwerpunktmäßig um den Ausschluss organischer Befunde. Sobald sich eine Bereitschaft zeigt, über das Klimakterium zu sprechen, wird zur vertieften Exploration der klimakterischen Beschwerden ein gesonderter Gesprächstermin vereinbart. Die in dem oben angeführten Interviewschema genannten Schritte (3) bis (5)

werden in diesem Erstkontakt insoweit erfasst, als es um die organischen Aspekte geht; die dahinter liegende Möglichkeit einer klimakterischen Entwicklung wird angesprochen. Auf die damit zusammenhängende Genese der Verleugnung wird in der Regel noch nicht eingegangen.

- (2) Zum zweiten Gespräch kommt die Patientin mit bereits abgeklärtem organischen Befund (Ausschluss von Schwangerschaft und organischen Erkrankungen) und ist nun zu einem Gespräch bereit. Zunächst wird dann im Sinne des obengenannten Schrittes (3) das persönliche Erleben der Situation verdeutlicht. Aus der Schilderung ergibt sich eine Kennzeichnung der Abwehrmodalitäten der Patientin und oft ein fließender Übergang zur persönlichen Anamnese, Familienanamnese, psychischen Entwicklung und Sozialanamnese (Schritt 5-8). Besonderes Gewicht wird dabei oft auf Verlusterfahrungen (Tod, Trennungen, Schwangerschaftsabbrüche, Fehlgeburten) und ihre Verarbeitung gelegt. Ein weiteres Schwerpunktthema sind die sexuellen Beziehungen und die gegenwärtige Partnerschaft. Die Anzeichen des beginnenden Klimakteriums werden oft gerade in dieser Hinsicht als problematisch bezeichnet.

#### *4.2.1 Frau A.*

Die folgende Fallvignette illustriert eine Begegnung in Rahmen der „Psychosomatischen Grundversorgung“ in der gynäkologischen Praxis, die nicht zu einer psychotherapeutischen Fortsetzung führte.

Frau A. (51 J.) stellt sich in meiner gynäkologischen Praxis nach einem etwa dreimonatigen Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik vor. Sie war dort wegen depressiver Störungen und Somatisierungen eingewiesen worden. Ein Jahr vor der Aufnahme hatten ihre Beschwerden begonnen mit Blasenentleerungsstörungen ohne urologisch nachweisbare organische Ursache. Die Blasenentleerungsstörung war zuletzt so massiv, dass die Patientin zur willkürlichen Miktion unfähig war; die Blase stellt sich als „Mega-

Blase“ dar mit einem Volumen von mehr als zwei Litern. Vor dem Klinikaufenthalt konnte sie nur durch Katheterisieren die Blase entleeren. Das Symptom konnte in der stationären Therapie leicht gebessert werden, d.h. sie war gelegentlich zur spontanen Miktion fähig. Sie kam nun, weil das einige Tage lang misslungen war, mit dem Wunsch nach Katheterisierung in die Praxis; den (männlichen) Urologen am Ort wollte sie nicht aufsuchen. Im Kontakt wirkte die Patientin nervös, motorisch unruhig und von Schmerzen geplagt, sie wollte nicht reden und drängte stark auf eine sofortige Entleerung. Danach entstand Raum für ein Gespräch. Sie war nun etwas ruhiger, sagte aber sofort, dass Gespräche ihr nichts bringen würden.

In der Anamnese fiel auf, dass sie große Erinnerungslücken hatte, zum Beispiel wusste sie nicht, wann sie die letzte Regel gehabt hatte. Sie berichtete einige typische klimakterische Beschwerden, jedoch keine Hitzewallungen. Sie ist verheiratet, vor einem Jahr, zum Zeitpunkt des Beginns der Beschwerden, war das zweite und letzte Kind aus dem Haus gegangen. Meine Frage, ob sie schon daran gedacht habe, sie könnte in die Wechseljahre gekommen sein, verneinte sie sofort und heftig. Zu ihrem unangenehmen Symptom der übervollen Blase sagte sie, man habe in der Klinik immer „Phantasien“ dazu von ihr erwartet, das sei aber Quatsch, es sei eben ihr Bauch. Zum ersten Mal sei sie erst durch ihren Mann darauf aufmerksam gemacht worden, dass sie zugenommen habe; der Arzt habe dann die Überfüllung der Blase diagnostiziert. Der Ehemann sei fürsorglich und ruhig, er mache sich Sorgen um sie. Auf die Frage nach Schwangerschaften antwortete sie indirekt, sie habe zwei Kinder – eine Antwort, die mich stutzen ließ. Ich teilte ihr mit, dass mich ihr Symptom an eine Schwangerschaft erinnere, und dass gerade zu dem Zeitpunkt, als die Kinder das Haus verließen, so ein Wunsch ja möglicherweise aufgetreten sein könne. Daraufhin wurde sie sehr traurig und berichtete von ihrer ersten Schwangerschaft, die mit einem späten Abort (23. SSW) geendet hatte.

Im weiteren Verlauf erschien sie noch gelegentlich in der Praxis, war aber zur Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie nicht zu motivieren. Eine

weitere Katheterisierung verlangte sie nicht, sie meinte, sie komme jetzt schon so zurecht.

Die Verleugnung in diesem Fall, der nicht näher untersucht werden konnte, könnte darin bestehen, dass die Patientin die Wahrnehmung ihrer klimakterischen Symptome vor sich selbst versteckt; Hintergrund dieser Verleugnung könnte ein verdrängter Wunsch nach Schwangerschaft sein, der durch den Auszug des Kindes ausgelöst wurde. Verdrängt bleibt dieser Wunsch wegen des Zusammenhangs mit der traumatischen Erfahrung des späten Aborts. Die von Kestenberg (1980) aufgestellte und von Bemmesderfer (1996) auf das Klimakterium erweiterte Theorie des inneren Hohlraums wird von dieser Patientin durch ihr Symptom eindrucksvoll bestätigt. Darin, wie auch in der Wahl einer Gynäkologin und Geburtshelferin als Hilfe bei der Blasenentleerung zeigt sich die inszenatorische Fähigkeit dieser Patientin: Die Szene, die sie initiiert, ähnelt der Öffnung des Amnions während der Entbindung.

#### *4.2.2 Frau B.*

Die 50-jährige Patientin (verheiratet, zwei Kinder) stellt sich in den letzten Monaten mehrfach mit der Fragestellung vor, ob das Ausbleiben der Regel nicht doch ein Zeichen von Schwangerschaft sei. Manchmal kontrolliert sie das selbst mit einem Schwangerschaftstest, aber sie will dann doch lieber sicher gehen. Sie weiß, dass sie 50 Jahre alt ist und dass die Wechseljahre kommen können, aber sie meint: „Man hört doch so viel, es kann ja auch eine Schwangerschaft sein.“ Nach der Untersuchung, auf der sie besteht, geht sie jeweils beruhigt nach Hause. Die Szene wiederholt sich immer wieder. Somit bat ich die Patientin zu einem ausführlichen Gespräch. Sie berichtete, dass die Beziehung zum Ehemann nicht gut sei, es gebe seit Monaten keinen Sex mehr. Es komme ihr selber komisch vor, dass sie dann solche Ängste habe wegen der Schwangerschaft, aber wenn dann die Regel ausbleibe wisse sie eben nicht mehr genau, wann sie zuletzt mit ihrem Mann geschlafen habe und werde unruhig, ob nicht doch etwas passiert sei. Eigentlich sei sie froh, dass



sie jetzt alleine schlafe. Auf die Frage, ob sie denn gut schlafe, berichtete sie von Alpträumen, aus denen sie schweißgebadet erwache. Es seien „schlimme Sachen, oft mit Bedrohung“. Details berichtet sie nicht. Immer nach solchen Träumen komme sie in die Sprechstunde, weil sie dann immer denken müsse, dass etwas mit ihrem Unterleib nicht in Ordnung sei. Sie hatte diesen Zusammenhang allerdings noch nie erwähnt. Auf die Frage, was da nicht stimmen könnte, berichtete sie, dass die Mutter mit 56 an Unterleibskrebs gestorben sei. Sie habe sich sehr gequält. Wir konnten an dieser Stelle verstehen, dass sie Angst hatte, nur noch sechs Jahre Zeit zu haben. Sie begann erleichtert zu weinen und sagte unter Schluchzen, dass genau das ihre größte Angst sei. Ich sagte ihr, dass ich jetzt besser verstehen könnte, warum sie so darauf bestehe, schwanger zu sein, statt ihr Klimakterium zu akzeptieren. Das könne der Versuch sein, dieses befürchtete Todesurteil aufzuschieben. Sie war von dieser Deutung erleichtert, vor allem, dass ich sie nicht für verrückt halte. Sie wisse selbst, dass ihre Befürchtung unsinnig sei, aber diese Gedanken seien eben stärker. Wir sprachen dann darüber, dass das schweißgebadete Erwachen aus dem Traum auch ein klimakterisches Symptom sein könne, von ihr aber für ein Zeichen extremer Angst gehalten werde, fast als ob die Befürchtung dadurch realer würde. Sie meint, es tue ihr gut, über diese Angst mit mir sprechen zu können. Einige Monate später kam sie wieder, nicht mehr um einen Schwangerschaftstest zu machen, sondern sich wegen ihrer klimakterischen Beschwerden beraten zu lassen. Außerdem schlafe sie wieder mit ihrem Mann in einem Zimmer; das verringere ihre Angst. Ob sich an der Sexualität auch etwas geändert habe, besprachen wir nicht.

In diesem Fall ist die Verleugnung des Klimakteriums durch die Schwangerschaftsphantasie so etwas wie der Versuch, Leben gegen den Tod zu setzen. Deutlich ist die ambivalente Identifizierung mit der Mutter: Einerseits indem sie selbst wieder Mutter zu werden fürchtet – an dieser Befürchtung aber so standhaft festhält, dass man die Hoffnung dahinter spürt – , andererseits, indem sie Angst hat, ebenso früh sterben zu müssen wie ihre eigene Mutter. Der angedeutete Beziehungskonflikt könnte eine weitere

Bedeutungsebene der Verleugnung erhellen, indem sie sich unbewusst an die Möglichkeit klammert, von dem Mann schwanger zu werden, zu dem sie bewusst die Beziehung scheinbar schon aufgegeben hat. Ihre Andeutung im letzten Gespräch, sie schlafe wieder bei ihm, könnte diese Hypothese unterstützen.

#### 4.2.3 *Frau C.*

Frau C., 45 Jahre alt, vor 12 Monaten hysterektomiert, stellt sich im Lauf von zwei Monaten mehrfach vor mit unklaren Unterbauchbeschwerden und Gewichtszunahme. Es ließen sich nur Blähungen diagnostizieren, die auf den veränderten hormonellen Status zurückzuführen waren, sonst schien die Patientin gesund. Klimakterische Beschwerden wurden verneint, doch konnten auf Befragen Schlafstörungen und nächtliches Schwitzen eruiert werden. Als sie zur vierten Konsultation erschien, begann sie, sich etwas verlegen und indirekt „wegen einer Bekannten“ nach den Möglichkeiten der künstlichen Befruchtung zu erkundigen. Diese Indirektheit machte mich nachdenklich und ich registrierte bei mir eine deutliche Unlust, mich auf ein scheinbar so allgemeines Gespräch einzulassen, begann aber zu überlegen, was dies wohl mit ihr zu tun haben könnte. Ich beschloss, sie direkt danach zu fragen. Sie reagierte etwas ausweichend, wollte aber genauer wissen, wie ihr Inneres postoperativ aussehe. Sie habe manchmal ein Gefühl, wie sie es von ihren drei Schwangerschaften her kenne. Auf meinen fragenden Blick führte sie aus: „Ich weiß, dass ich keine Gebärmutter mehr habe, aber ich habe doch die Eierstöcke noch. Und man hört doch auch von Bauchhöhlenschwangerschaften. Kann es nicht sein, dass ich trotzdem schwanger werde?“ Sie konnte nun eingestehen, dass ihr öfter der Gedanke durch den Kopf gehe, dass bei der künstlichen Befruchtung sich das Kind auch nicht in der Gebärmutter entwickle. Deshalb hatte sie danach auch gefragt. Ich erklärte der Patientin, was künstliche Befruchtung bedeutet und auch, dass die Hysterektomie zur Folge hat, dass sie keine Kinder mehr bekommen kann. Sich den Wunschcharakter ihrer Schwangerschaftsphantasie zu

verdeutlichen, fiel ihr schwer. Sie betonte mehrfach, dass ihr solche Gedanken nur kämen, weil eben der Bauch sich so anfühle wie in der Schwangerschaft und sie ja auch zugenommen habe. Es wurde im weiteren Gespräch deutlich, dass durch die aktuell bestehende Schwangerschaft der Tochter es der Patientin besonders schwer fiel, den eigenen Verlust zu ertragen.

In diesem Fall war die Trauer über den Verlust der Gebärmutter so unbewusst bzw. somatisiert, dass sie lieber das Symptom akzeptierte als durch das Bewusstmachen des unerfüllbaren Wunsches nach Schwangerschaft den Schmerz zu erleben. Die Schwangerschaftsphantasie diente in erster Linie dazu, den Verlust der Gebärmutter zu ersetzen, aber auch dazu, den Übergang in das Klimakterium (das in diesem Fall operativ induziert war) zu verleugnen.

#### *4.2.4 Frau D.*

Eine 52-jährige Patientin, die sich sehr bemüht, schön und jung zu bleiben, kommt mit Minirock, geschminkt und in Teenager-Kleidung seit ihrem 50. Lj. regelmäßig in die Praxis mit der Fragestellung, ob eine Schwangerschaft vorliege. Sie berichtet über Hitzewallungen und gelegentliches Ausfallen der Regel. Sie ist geschieden mit zwei erwachsenen Töchtern und hat relativ häufig wechselnde, flüchtige Partnerschaften. Nach mehrfacher Aufklärung, dass sie in den Wechseljahren sei, wirkt sie jeweils beruhigt, aber nicht überzeugt. Angebote, wir könnten gemeinsam versuchen herauszufinden, warum sie sich trotzdem immer wieder schwanger fühle, lehnt sie jeweils aus Termingründen ab. Verhüten wolle sie aber auch nicht, das sei doch vielleicht gesundheitsschädlich.

Es ist deutlich, dass diese Patientin sich ihre phantasierte Jugendlichkeit erhalten will und sich künstlich in der für das adoleszente Erleben typischen Unruhe hält. Sie nimmt lieber die stets wiederkehrende Angst vor Schwangerschaft in Kauf, als ihr Klimakterium zu akzeptieren. In ihrem Übertragungsangebot will sie mich als mütterliche Vertraute ihres pseudo-

adoleszenten Wiederholungsagierens; durch meine gewährende Begleitung kann sie die ärztliche Beziehung als Entwicklungsraum für sich nutzen, ohne dass eine konfrontative Klärung erforderlich wäre.

Dieser Fall illustriert klinisch die Parallele von Menopause und Pubertät, nicht nur was den hormonellen Status, sondern auch was die psychische Situation betrifft.

#### *4.2.5 Frau E.*

Die 55-jährige Patientin, die seit 5 Jahren klimakterische Beschwerden und seit 4 Monaten Amenorrhoe hatte, kam im Gespräch mit ihrem Ehemann zu der Entscheidung, mich aufzusuchen, damit sie nicht plötzlich in die Klinik müsse und sich dann dort herausstelle, dass sie schon hochschwanger sei, wie sie mit leichtem Kichern anmerkte. Nach der klinischen Untersuchung berichtete sie, dass der Mann im Wartezimmer sitze; die Angst, sie könne schwanger sein, komme mehr von ihm. Da dies einer der sehr seltenen Fälle war, in denen die Schwangerschaftsphantasie vom Partner geteilt wird, bat ich ihn mit ihrem Einverständnis hinzu. Der Mann ist Ende 50, sieht eher älter aus. Das Paar hat zwei erwachsene Söhne und zwei Enkel. In dem folgenden Gespräch über die Diskrepanz zwischen der offenbar unrealistischen gemeinsamen Schwangerschaftsphantasie und dem deutlichen Klimakterium der Frau bemerkte er plötzlich mit spürbarem Stolz, sein Vater habe ihn selbst erst mit 55 gezeugt.

Es wurde deutlich, dass die Frau ihre eigene Verleugnung des Klimakteriums mehr als Antwort auf den unbewussten Wunsch des Mannes entwickelt hatte, immer weiter Kinder zeugen zu können.

#### *4.2.6 Zusammenfassende Überlegungen*

Das Gemeinsame aller hier besprochenen Fälle ist die Angst vor dem endgültigen Verlust der Fruchtbarkeit. Dieser Aspekt hat aber, wie die Beispiele zeigen, für die genannten Frauen eine höchst unterschiedliche Bedeutung.

Der Fall von Frau A. illustriert zunächst einen sehr gängigen Zusammenhang: Frauen erleben ihre Fruchtbarkeit als körperliche Funktionsmöglichkeit und als Quelle von narzisstischem Stolz („Funktionslust“). Der Wegfall der Fruchtbarkeit kann dann eine Demütigung oder narzisstische Kränkung darstellen. Für die folgende empirische Untersuchung kann die Frage der persönlichen Flexibilität und der Fähigkeit zur Neuorientierung als möglicher Faktor für die Verleugnung des Klimakteriums überprüft werden.

Zum Zweiten entspricht die spezifische Methode, mit der Frau A. ihr Problem zur Darstellung bringt, einem interessanten psychosomatischen Muster. Es beruht auf einer neurotischen Gleichsetzung von Blase und Uterus und führt dazu, dass der unbewusste Schwangerschaftswunsch durch ein Konversionssymptom dargestellt wird. Für die empirische Untersuchung einer größeren Gruppe von Patientinnen ist zu vermuten, dass Frauen, die allgemein zu neurotischen Konfliktverarbeitungen neigen, auch das Klimakterium verleugnen könnten.

Frau B. erlebt ihre Fruchtbarkeit als Zeichen der Weiblichkeit im Rahmen ihrer Identifizierung mit der Mutter. Dieses Motiv findet sich bei vielen Patientinnen, die ihr Klimakterium verleugnen. Es handelt sich dabei um Frauen, die ihre Weiblichkeit eher als etwas erleben, das außerhalb ihres eigenen Erlebens schon festgelegt und traditionell bestimmt ist. Auch dieses Phänomen verdient eine nähere Untersuchung. Der Zusammenhang zwischen der Verleugnung des Klimakteriums und den allgemeinen Einstellungen zu Sexualität und Weiblichkeit könnte vor dem Hintergrund traditioneller Verhaltensmuster geprüft werden.

Fall C. zeigt die Schwierigkeit, ein operativ induziertes Klimakterium zu akzeptieren. Auch dieser Fall ist in der Praxis nicht selten. Die blockierte Trauer um den Verlust der Gebärmutter zeigte sich bei Frau C. an der halb bewussten Phantasie des trotzdem intakten Körpers. Die Verleugnung des Klimakteriums in diesen Fällen könnte mit der erlebten Integrität des Körpers zusammenhängen und durch eine empirische Untersuchung des Körpererlebens näher spezifiziert werden.

Frau D., deren phantasierte Jugendlichkeit imponiert, vertritt einen sehr gängigen Typ der das Klimakterium verleugnenden Frau. Solche Frauen fügen sich bruchlos in das gesellschaftlich verordnete Bild der ewig jungen Frau, dessen nähere Aufklärung den Rahmen der vorliegenden Untersuchung überschreiten würde. Hier sollen nur die psychischen Faktoren, also die persönliche Eignung, sich dem Rollenklischee anzupassen, näher betrachtet werden.

Auf einer ganz anderen psychodynamischen Ebene ist der Konflikt von Frau E. angesiedelt, die ihr Klimakterium verleugnet, weil sie Sorge hat, ihr Partner könne sich durch ihre Unfruchtbarkeit in seiner Potenz bedroht fühlen. In ihrer eigenen Psychodynamik weist diese Sorge auf eine Unsicherheit in der Objektbeziehung hin, die deutlich trianguläre Züge trägt. Sie befürchtet, im Vergleich zu fruchtbaren Frauen an Attraktivität zu verlieren. Untersuchungen zur Selbstsicherheit und Paarbeziehung könnten verdeutlichen, dass Störungen in diesem Bereich einen Faktor bilden, der die Verleugnung des Klimakteriums wahrscheinlicher macht.

## **5 Ziele der empirischen Untersuchung**

Aus der qualitativen Vorstudie (Kap. 4.2) ergibt sich für die folgende empirische Untersuchung eine Reihe von Fragestellungen und Hypothesen.

### **5.1 Fragestellungen**

Die inhaltliche Frage, wie sehr das Klimakterium eine Phase ist, die von Verlusterlebnissen geprägt ist, und um welche Verluste es dabei geht, konnte in den letzten Kapiteln ausführlich dargestellt werden. Die spezifische Frage nach der Verleugnung des Klimakteriums konnte dabei aus den vorliegenden Forschungsergebnissen nicht beantwortet werden. Die folgende empirische Untersuchung widmet sich daher der konkreten Frage, welche Faktoren die

Frauen, die ihr Klimakterium akzeptieren (A) von denjenigen unterscheiden, die es nicht akzeptieren (NA).

Im Einzelnen ergeben sich zu dieser Fragestellung die folgenden Überlegungen:

Warum ist es für einige Frauen so schwer, ihre klimakterischen Beschwerden anzunehmen? Könnte es daran liegen, dass sie ein besonders ausgeprägtes Beschwerdebild bzw. ein Vorherrschen negativer Symptome aufweisen, welche schwerer erträglich für sie sind?

Könnte es sein, dass nicht die tatsächliche Stärke der Beschwerden, sondern deren Selbstinterpretation der ausschlaggebende Faktor ist, der sie schwerer erträglich macht und in der Folge zur gehäuften Nichtakzeptanz führt? Könnte diese Interpretation damit zusammenhängen, dass diese Frauen über ein unklareres oder weniger gesundes Selbstbild verfügen in dem Sinne, dass sie z.B. ihre Figur weniger positiv bewerten?

Könnte die negative Wahrnehmung der klimakterischen Beschwerden auch damit zusammenhängen, dass diese Frauen dazu neigen, Körperwahrnehmungen fehlzudeuten, überzuinterpretieren oder zu verleugnen?

Wäre es denkbar, dass solche Fehlinterpretationen und Missempfindungen damit zusammenhängen, dass die Probandinnen klischeehafte, vorgefertigte Erwartungen über sexuelle Abläufe haben, so dass ihnen unerwartete Wahrnehmungen und Reaktionen tendenziell als Funktionsstörungen erscheinen?

Könnte die Nichtakzeptanz über solche spezifischen Faktoren hinaus auch Folge eines allgemeinen Persönlichkeitszuges sein, wie zum Beispiel der Tendenz, unrealistische Ideen zu verfolgen, ängstlich und unangemessen zu reagieren?

Ist es möglich, dass diese Frauen nicht grundsätzlich, sondern nur in bestimmten Schwellensituationen, etwa bei einschneidenden Lebensveränderungen zur Nicht-Akzeptanz von Realitäten neigen?

## **5.2 Hypothesen**

Aus den zuletzt genannten Fragstellungen lassen sich die folgenden Arbeitshypothesen ableiten:

1. Frauen, die ihr Klimakterium nicht akzeptieren (NA) haben mehr negative klimakterische Symptome.
2. Diese Frauen (NA) sind im Umgang mit ihrem Körper unsicherer und haben ein gestörtes Selbstbild.
3. Der Bezug zum eigenen Körper ist bei Frauen, die ihr Klimakterium nicht akzeptieren (NA) unsicherer, sie neigen dazu, ihre Körpersignale überzuinterpretieren oder misszuverstehen. Sie haben infolgedessen ein eher gestörtes Körpererleben.
4. Die Einstellungen zur Sexualität sind bei NA restriktiver, konservativer und weniger auf individuelles sexuelles Erleben bezogen.
5. Frauen, die ihr Klimakterium nicht akzeptieren (NA), sind ängstlicher, zögerlicher, neigen eher zu psychisch bedingter Unruhe und dem Gefühl von Abhängigkeit. Sie haben einen höheren Neurotizismuswert.
6. In Phasen der Lebensveränderung sind die Frauen, die ihr Klimakterium nicht akzeptieren (NA) weniger offen für neue Erfahrungen und zeigen insgesamt weniger Flexibilität.

## **6 Methodik**

### **6.1 Studiendesign**

In der gynäkologischen Sprechstunde innerhalb eines Zeitraumes von 13 Monaten wurden Patientinnen gynäkologisch und allgemein körperlich untersucht und nach ihrem Beschwerdebild im Sinne der o.g. Hypothesen in zwei Gruppen unterschieden. Sämtliche Patientinnen erhielten die



Fragebögen ausgehändigt und füllten sie gleich in der Arztpraxis aus. Nach Abschluss der Datenerhebungsphase wurden die Fragebögen statistisch ausgewertet.

Befragt wurden sämtliche Patientinnen der genannten Altersgruppe einer gynäkologischen Praxis mit im definierten Untersuchungszeitraum neu aufgetretenen klimakterischen Beschwerden. 37 Patientinnen aus diesem Zeitraum wurden als nicht-akzeptierend eingestuft, weil sie sich in einem kurzen Zeitraum (< 6 Monate) mindestens zwei Mal in der Praxis vorstellten wegen ausfallender Menstruation und begleitender Beschwerden (Gewichtszunahme, Schwindel, Hitzewallungen usw.) und diese Symptome selbst als Gravidität interpretierten. Zudem wurden solche Patientinnen nur dann in die Untersuchung aufgenommen, wenn sie trotz negativer Abklärung der Graviditätsvermutung nicht überzeugt waren, dass diese Symptome Anzeichen des kommenden Klimakteriums darstellten. Diese 37 Patientinnen wurden ohne Ausnahme in die Befragung einbezogen. Demgegenüber gibt es naturgemäß wesentlich mehr Patientinnen, die ihr Klimakterium akzeptieren. Aus der Gesamtheit der 305 Patientinnen dieser Gruppe, die im Untersuchungszeitraum mit neu aufgetretenen klimakterischen Beschwerden in die Praxis kamen, wurden nach Zufallsauswahl ebenfalls 37 Patientinnen befragt. Das Zufallskriterium wurde dargestellt durch einen vorgegebenen zeitlichen Selektionsfaktor: Lediglich eine Patientin pro Woche konnte an der Untersuchung teilnehmen, wenn sie zufällig zu dem für die Untersuchung reservierten Zeitfenster angemeldet war. Zum Zeitpunkt der Anmeldung ist die Symptomatik nicht bekannt. Die Rücklaufquote ist aus der Tabelle 2 ersichtlich.

Tabelle 2: Rücklaufquote

	NA	A	$\Sigma$
Befragte Patientinnen	37	37	74
Abgegebene Fragebögen	32	30	62
Rücklaufquote	86,5%	81,1%	83,78%

Die Repräsentativität der ausgewählten Gruppen ist dadurch gesichert.

Die Patientinnen wurden über das Forschungsprojekt aufgeklärt und um ihre freiwillige Teilnahme gebeten.

## 6.2 Patientinnen

Untersucht wurden sämtliche klimakterischen Patientinnen im Untersuchungszeitraum, die sich in der Praxis vorstellten.

Es handelt sich um Frauen im Alter zwischen 45-55 Jahren innerhalb des Zeitraumes 1.10.2000 bis 30.11.2001.

- Frauen mit nicht akzeptiertem (verleugnetem) Klimakterium aus der gynäkologischen Praxis (N= 32) - Gruppe der Nichtakzeptierenden = **NA**
- Frauen mit akzeptiertem Klimakterium aus der gynäkologischen Praxis (N= 30) Gruppe der Akzeptierenden= **A**

**NA** sind Frauen im Alter 45-55, die nach den oben ausgeführten Kriterien als nicht-akzeptierend eingestuft wurden.

**A** sind Frauen mit gleicher Symptomatik, denen jedoch bewusst war, dass diese Beschwerden Zeichen des Klimakteriums sind und die deshalb Beratung suchten.

## 6.3 Methoden

Neben der klinischen Untersuchung der Patientinnen wurden verschiedene Fragebögen zum Körpererleben, zur Sexualität, Persönlichkeit und zum Klimakteriumserleben angewendet.

### 6.3.1 Anamnese und medizinische Untersuchung

- Die klimakterische Anamnese und das subjektive Beschwerdebild wurden erhoben. Die gynäkologische Anamnese, spezifiziert für sekundäre Amenorrhoe (Ausbleiben einer vorher vorhandenen Regelblutung länger als drei Monate) umfasste die Menstruationsanamnese (Termin, Zyklusdauer, Blutungszeit, individuelle Blutungsstärke, Einnahme bzw. Absetzung von Hormonpräparaten, Allgemeinerkrankungen, Drogen/Medikamente, endokrine Erkrankungen) und führte ggf. zum differentialdiagnostischen Ausschluss einzelner Ursachen.
- Die medizinische Untersuchung umfasste einen spezifisch gynäkologischen und einen allgemein körperlichen Teil. Die gynäkologische Untersuchung wurde *lege artis* durchgeführt und umfasst Kolposkopie, bimanuale Palpation und Sonographie des kleinen Beckens. Die allgemeine körperliche Untersuchung umfasste darüber hinaus die Inspektion der Haut und der Schleimhäute und die Begutachtung des allgemeinen Gesundheitszustands.
- Je nach Befundlage wurden im Anschluss an die gynäkologische Anamneseerhebung und medizinische Untersuchung differentialdiagnostische Abklärungen veranlasst. Im Falle der Amenorrhoe war das in erster Linie der Ausschluss einer Schwangerschaft, danach gegebenenfalls die Abklärung von endokrinen Erkrankungen wie Hyperandrogenämie und Hyperprolaktinämie, Allgemeinerkrankungen, Tumor, Unterernährung, psychogenen Erkrankungen und Medikamenten/ Drogenkonsum.
- Biographische und soziale Anamnese, soweit im Rahmen der gynäkologischen Untersuchung und Behandlung erforderlich, wurden erhoben.

### 6.3.2 FBeK (*Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers*)

Der FBeK (Strauß und Appelt 1983, vgl. Brähler et al. 2000) gehört zu den im deutschen Sprachraum am häufigsten verwendeten Fragebögen und dient der Erfassung differentieller Aspekte des Körpererlebens, die für den einzelnen subjektiv beurteilbar sind. Die 52 Items der revidierten Fassung des Körpererlebens lassen sich auf vier faktorenanalytisch gebildeten Skalen zusammenfassen.

- Skala 1 wird gemäß den Inhalten ihrer 15 Items „Attraktivität und Selbstvertrauen“ genannt und beschreibt in erster Linie Zufriedenheit und Freude am eigenen Körper. Beispiel-Item: „Ich bin mit meinem Körper zufrieden.“
- Skala 2 enthält 12 Items, die eine Betonung des Körperäußeren und des Aussehens hervorheben und trägt daher die Bezeichnung „Akzentuierung des äußeren Erscheinungsbildes“. Beispiel-Item: „Ich betrachte mich oft und gern.“
- Skala 3 „Unsicherheit/Besorgnis“ fokussiert mit ihren 13 Items ein Misstrauen gegenüber dem eigenen Körper und dessen Vorgängen und das Gefühl der Unsicherheit und mangelnden Körperselbstkontrolle. Beispiel-Item: „Mein Körper macht oft was er will.“
- Skala 4 „körperlich sexuelles Missempfinden“ besteht aus sechs Items und beschreibt einen sehr umschriebenen Aspekt, nämlich sexuelle Unzufriedenheit und Missempfindungen. Beispiel-Item: „In der Sexualität bin ich oft blockiert.“

### 6.3.3 Berliner Fragebogen zum Klimakteriumserleben

Der Berliner Fragebogen zum Klimakteriumserleben (Rosemeier und Schulz-Zehden 1996) besteht aus acht Skalen zu je vier Items. Die Items stellen

Aussagen dar, die bejaht oder verneint werden konnten. Damit konnten die Skalensummenscores Werte von 0 (keine Aussage bestätigt) bis 4 (alle Aussagen bestätigt) annehmen.

- Skala 1 „Depressive Verstimmung“. Beispiel-Item: „Für mich überwiegen zur Zeit die Benachteiligungen im Leben.“
- Skala 2 „Schlafstörung“. Beispiel-Item: „Nachts liege ich häufig länger wach.“
- Skala 3 „Gereiztheit“. Beispiel-Item: „Wenn mich etwas ärgert, kann ich mich nur schwer beherrschen.“
- Skala 4 „Erschöpfung“. Beispiel-Item: „Ich fühle mich abgespannt und erschöpft.“
- Skala 5 „Neuorientierung“. Beispiel-Item: „Mein Lebensgefühl ist im Wandel.“
- Skala 6 „Problemlosigkeit“. Beispiel-Item: „Ich habe das Gefühl, dass sich durch meine Wechseljahre nichts verändert.“
- Skala 7 „Selbstvertrauen“. Beispiel-Item: „Ich halte mich eher für selbstbewusst.“
- Skala 8 „Paarbeziehung“. Beispiel-Item: „Mein Partner gibt mir genügend Zärtlichkeit.“

#### *6.3.4 Fragebogen zu den Einstellungen zur Sexualität*

Der Fragebogen zu den Einstellungen zur Sexualität (Arentewicz et al. 1975) wurde 1972 in der Abteilung für Sexualforschung der Universität Hamburg entwickelt, um die Veränderungen von Einstellungen (Partnerschafts- und

Sexualideologie) durch die Sexualtherapie zu messen. Aus einem Itempool wurde mittels eines Expertenratings eine Itemselektion für folgende drei vorläufigen Skalen vorgenommen:

- Skala 1 „Restriktivität“. Beispiel-Item; „Es ist nicht richtig, wenn man gleich am ersten Tag einer Bekanntschaft Geschlechtsverkehr macht.“
- Skala 2 „Geschlechtsrollenkonformität/Konservatismus“. Beispiel-Item: „Die Frau ist von Natur aus treuer als der Mann.“
- Skala 3 „Romantizismus“. Beispiel-Item: „Der großen Liebe kann man nur einmal begegnen.“

Der Antwortmodus ist 4-stufig von „Zustimmung“ bis „Ablehnung“. Klinische Vorstudien (Arentewicz et al. 1975) zeigten die praktische Relevanz des Fragebogens zur Messung von spezifischen Einstellungsänderungen. Eine nicht publizierte faktoranalytische Untersuchung des Fragebogens zeigte, dass die prima vista gewonnenen Skalen sich post hoc rechtfertigen lassen.

#### 6.3.5 NEO-FFI

Der NEO-FFI (NEO Five-Factor Inventory) wurde 1985 von Costa und McCrae (1985, 1989) auf der Basis früherer eigener Forschungen entwickelt und von Borkenau und Ostendorf (1991) für den deutschen Sprachraum adaptiert. Das Inventar gliedert sich in fünf Skalen zu je 9 Items. Für jedes Item steht eine fünfstufige Antwortskala von „starker Ablehnung“ bis „starker Zustimmung“ zur Verfügung. Die fünf Skalen, die fünf faktorenanalytisch ermittelten Persönlichkeitsfaktoren entsprechen, lauten:

- Neurotizismus (Neuroticism): Nervosität, Ängstlichkeit, Traurigkeit, Unsicherheit, Sorgen um Gesundheit, Verfolgen unrealistischer Ideen. Unfähigkeit, eigene Bedürfnisse zu kontrollieren und angemessen auf Stress zu reagieren.

- Extraversion (Extraversion): Geselligkeit, Aktivität, Redseligkeit, Kommunikativität, Herzlichkeit, Optimismus, Freude an neuen Erfahrungen und Aufregung.
- Offenheit für Erfahrungen (Openness for experience ): Wertschätzung neuer Erfahrungen und Abwechslungen, Wissbegier, Kreativität, Phantasie und unabhängiges Urteilen.
- Verträglichkeit (Agreeableness): Altruismus, Empathie, Verständnis, Wohlwollen, Kooperativität, Nachgiebigkeit, Harmoniebedürfnis.
- Gewissenhaftigkeit (Conscientiousness): Ordentlichkeit, Zuverlässigkeit, Disziplin, Ehrgeiz, Pünktlichkeit, Fleiß.

Im Gegensatz zum FFI beschränkt sich der NEO-FFI auf die Faktoren Neurotizismus (N), Extraversion (E), Offenheit (O).

#### **6.4 Auswertungsverfahren**

Der Gruppen-Vergleich zwischen Akzeptiererinnen (A) und Nicht-Akzeptiererinnen (NA) erfolgt entweder non-parametrisch oder parametrisch. Für non-parametrische Auswertungen wurden 2x2-Häufigkeitstabellen zugrunde gelegt und das entsprechende  $\chi^2$ -Verfahren verwendet. In dem Fall, dass Zellen mit erwarteten Häufigkeiten unter 5 vorlagen, wird ersatzweise der exakte Test nach Fisher berichtet.

Bei parametrischer Auswertung wurde entweder zunächst durch Mittelwert-Bildung eine Skala aus inhaltlich zusammengehörigen Variablen gebildet oder eine direkt erfragte Rating-Antwort verwendet. Mittels  $t$ -Test wurden dann die Gruppenmittelwerte miteinander verglichen. Im Fall heterogener Varianzen der Vergleichsgruppen nach Levene-Test wurde mit adjustierten Freiheitsgraden gearbeitet.

Die Auswertung wurde in SPSS 11.0 berechnet.

## **7 Ergebnisse**

Im Folgenden soll nur die Frage diskutiert werden: Was unterscheidet die beiden Gruppen - Akzeptierende (A) / nicht Akzeptierende (NA)? Dabei werden die oben entwickelten Hypothesen im Einzelnen überprüft.

### **7.1 Soziodemographie**

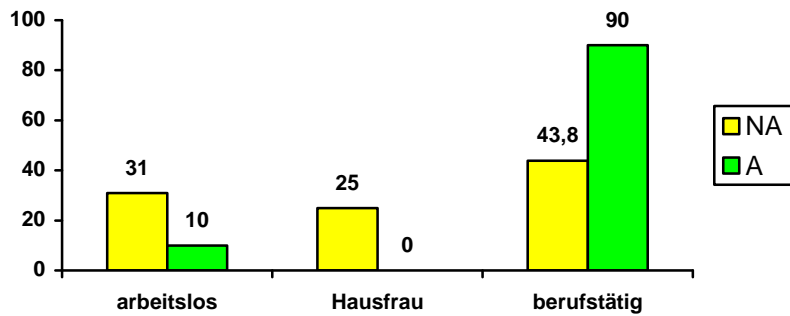
Der Vergleich zwischen den untersuchten Gruppen ergab keine Abweichungen hinsichtlich allgemeiner demographischer Daten, doch fanden sich Unterschiede hinsichtlich Alter, Tätigkeit, Ausbildungsniveau und Kontrazeption.

Hinsichtlich der familiären Situation (verheiratet usw.), der Lebenssituation (allein lebend usw.), der Kinderzahl, Zahl der Schwangerschaftsabbrüche, Fehlgeburten, Menarche-Alter und Zusatzmedikation unterscheiden sich die Untersuchungsgruppen nicht. Das Alter der untersuchten Frauen beträgt im Mittelwert für NA 50 Jahre und für A 48,8 Jahre. Dieser Altersunterschied ist schwach signifikant ( $p = .035$ ).

Zur Berufstätigkeit ergeben sich zwischen den Gruppen signifikante Unterschiede. In der Tabelle 3 und der dazugehörigen Abbildung 1 ist die prozentuale Verteilung abzulesen.



Abb. 1/Tabelle 3. Häufigkeiten der Berufstätigkeit in Prozent.



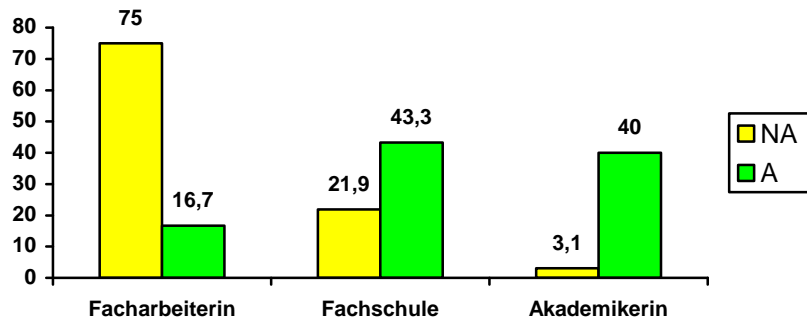
	NA %	A%	df	p
Berufstätig	43,8%	90,0%	2	.000
Hausfrau	25,0%	0%		
Arbeitslos	31,2%	10,0 %		

Die Gruppe der nicht-wahrnehmenden Frauen (NA) unterscheidet sich statistisch signifikant von der Gruppe der wahrnehmenden (A) durch ihren Tätigkeitsschwerpunkt: Es finden sich fast doppelt so viele Berufstätige in der Gruppe der A ( $\chi^2(df=2)=15,843;p<.001$ ).

Ähnliches spiegelt sich auch beim Ausbildungsniveau wider. In Tabelle 4 und der dazugehörigen Abbildung 2 sind die prozentualen Häufigkeiten abzulesen.

Im Ausbildungsniveau unterscheiden sich die untersuchten Gruppen sehr signifikant: Das Bildungsniveau der A liegt über dem der NA ( $\chi^2(df=2)=23,516;p<.001$ ).

Abb. 2 /Tabelle 4. Häufigkeit für die verschiedenen Ausbildungsformen in Prozent



	NA	A	df	p
Facharbeiterin	75,0 %	16,7 %	2	.000
Fachschule	21,9 %	43,3 %		
Hochschule	3,1 %	40,0 %		

## 7.2 Medizinische Befunde

Die medizinische Untersuchung der Probandinnen beider Gruppen ergab weder eine Schwangerschaft, noch eine symptomrelevante gynäkologische Erkrankung. Der gynäkologische Status aller Patientinnen war unauffällig, es lag keine pathologische Zytologie vor. Auch die allgemeine körperliche Untersuchung zeigte normale Befunde. Von sechs Patientinnen wurde anamnestisch eine arterielle Hypertonie berichtet, welche von Hausarzt gut eingestellt und kontrolliert war. Die Blutdruckwerte lagen bei allen Patientinnen im Normbereich. Vier Patientinnen bekamen Jod-Präparate wegen bekannter Mangelkrankungen.

Interessante, wenn auch wegen der überwiegend geringen erwarteten Zellenhäufigkeiten nicht interpretierbare Befunde ergab der Vergleich der Kontrazeptionsmethoden:

Keine Verhütung: 12,5% der Frauen aus der Gruppe der NA verwenden keine Verhütung, während dies auf 26,7% der Frauen in der Gruppe der A

zutrifft. Es ist anzunehmen, dass diese Frauen häufiger keine Schwangerschaft mehr erwarten.

Unterschiede in der Verhütungsmethode (natürliche vs. mechanische Verhütung) sollen hier nicht spekulativ interpretiert werden.

Auffallend ist jedoch die deutlich häufigere irreversible Kontrazeption (Sterilisation) in der Gruppe der NA (21,9% vs. 6.7%). Wie bereits erwähnt, ist wegen der niedrigen erwarteten Zellenhäufigkeiten (NA: 4,6 bzw. A: 4,4) dieser Unterschied statistisch nicht signifikant.

### **7.3 Hypothesenprüfung**

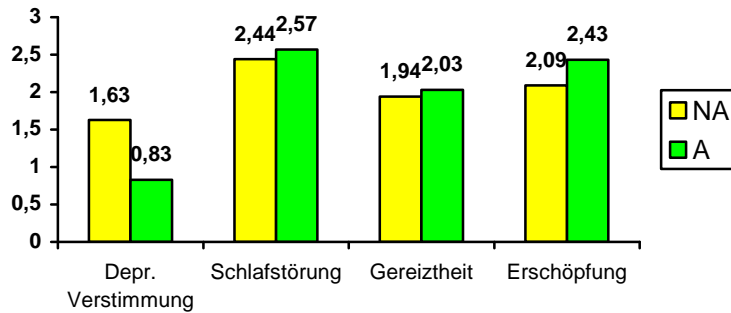
#### *7.3.1 Hypothese 1: Die NA haben mehr negative klimakterische Symptome*

Neben den anamnestisch erfassten körperlichen Symptomen wurde der Berliner Fragebogen zum Klimakteriumserleben (Rosemeier und Schulz-Zehden 1996) benutzt.

Von den acht Skalen des Berliner Fragebogens werden hier nur die ersten vier berücksichtigt (Die übrigen vier Skalen werden zur Überprüfung der Hypothese Nr. 6 verwendet). Die Auswertung ist in Abbildung 3 und Tabelle 5 abzulesen.

Die Mittelwerte der Skala depressive Verstimmung sind erwartungsgemäß signifikant höher bei den NA ( $t(df=60)=2,39, p<.05$ ). In den Skalen Schlafstörungen ( $t(df=60)=.334;p<1$ ), Gereiztheit ( $t(df=60)=.288,p<.05$ ) und Erschöpfung ( $t(df=60)=.269;p<.05$ ) finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Patientinnengruppen.

Abb. 3 /Tabelle 5. Mittelwertvergleich Klimakteriumserleben (Skala 1-4)



Skala	Pat. Gruppe	N	M	SD	t	p
Depressive Verstimmung	NA	32	1,63	1,34	2,39	.020
	A	30	.83	1,26		
Schlafstörung	NA	32	2,44	1,39	.334	.740
	A	30	2,57	1,65		
Gereiztheit	NA	32	1,94	1,16	.288	.774
	A	30	2,03	1,45		
Erschöpfung	NA	32	2,09	1,027	1,116	.269
	A	30	2,43	1,357		

N= Anzahl; M= Mittelwert; SD = Standardabweichung

In der Anamnese wurden die allgemeinen typischen Klimakteriumsbeschwerden erfasst: Paroxysmale vasomotorische Beschwerden (Hitzewallungen), neurovegetative Beschwerden (Herzklopfen), psychosomatische Beschwerden (Schlafstörungen, Schmerzen) und Gewichtszunahme. In Tabelle 6 wird die Anzahl der Patientinnen dargestellt, die die anamnestisch erhobenen klimakterischen Beschwerden berichten, differenziert nach den beiden Gruppen.

Tabelle 6. Häufigkeit der berichteten klimakterischen Beschwerden

Klimakterische Beschwerden	NA	A	df	p
Vasomotorische Beschwerden (Hitzewallungen)	30	29	1	.593
Neurovegetative Beschwerden (Herzklopfen)	19	24	1	.078
Psychosomatische Beschwerden (Schlafstörung)	25	26	1	.379
Gewichtszunahme	29	28	1	.696

Erwartungswidrig nennen die NA tendenziell weniger neurovegetative Beschwerden (Herzklopfen) als die A ( $\chi^2(df=1)=3,10;p<.10$ ). Bei den übrigen Skalen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Paroxysmale vasomotorische Beschwerden: Hitzewallungen ( $\chi^2(df=1)=0,28;p<1$ ), Schlafstörungen ( $\chi^2(df=1)=0,77;p<1$ ), Gewichtszunahme ( $\chi^2(df=1)=0,15;p<1$ ).

Auch bei der Gesamtanalyse der klimakterischen Beschwerden zeigte sich kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Für jede Person wurde der Mittelwert aus den genannten Ja-Nein-Fragen (0/1-Fragen) gebildet. Die A-Gruppe bejahte insgesamt 91% der Symptome, die NA-Gruppe 84%. Der Vergleich der Gruppen ergibt keinen signifikanten Mittelwertsunterschied. Der Mittelwert der Gruppe A ist größer als der der NA (.91 vs. .84). Im Levene-Test konnte die Varianzgleichheit nicht bestätigt werden ( $F=5.974;p<1$ ), der T-Test für die Mittelwertsgleichheit ergab keine signifikante Differenz ( $t(df=60)=1.517,p<.5$ ).

In der Gesamtbetrachtung der Hypothese 1 zeigt sich, dass im Bereich der typischen körperlichen Klimakteriumsbeschwerden (mit Ausnahme einer erwartungswidrigen schwachen Tendenz beim Herzklopfen) keine Unterschiede bestehen. Bei den psychischen Symptomen tritt lediglich die depressive Verstimmung erwartungsgemäß in der Gruppe der NA signifikant häufiger auf. Insgesamt ist die Hypothese, dass Frauen, die ihr Klimakterium nicht korrekt wahrnehmen, mehr negative Klimakteriumssymptome berichten, nicht bestätigt.

### 7.3.2 Hypothese 2: Die NA sind im Umgang mit ihrem Körper unsicherer und haben ein gestörtes Selbstbild.

Die erste Teil-Hypothese wurde geprüft anhand von Fragen aus dem FBeK (Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers) nach Körperpflege, erlebter Zuverlässigkeit von Körpersignalen, Selbstbefriedigung und Wert des eigenen Aussehens. Mit Ausnahme des letztgenannten Items sind alle Fragen deutlich signifikant unterschiedlich beantwortet. In der Tabelle 7 sind die Häufigkeiten der zustimmenden Antworten abgebildet.

Tabelle 7. Kreuztabelle zu den Items Körpererleben

Item	N-NA	N-A	df	p
Ich nehme mir Zeit für Körperpflege	24	30	1	.003
Auf meine Körpersignale kann ich mich verlassen	22	28	1	.014
Ich berühre mich oft sehr liebevoll	6	24	1	.000
Mein Aussehen ist mir wichtig	31	30	1	.329

Bei der Frage nach der Körperpflege geben die A entsprechend der Hypothese sehr signifikant häufiger als per Zufall zu erwarten an, dass sie sich Zeit für die Körperpflege nehmen, dementsprechend NA seltener als per Zufall zu erwarten (exakter Fischer-Test  $p < .01$ ). Die Frage, ob sie sich auf Körpersignale verlassen können, bejahen A entsprechend der Hypothese signifikant häufiger als NA ( $\chi^2(df=1)=6.00; p < .05$ ). Die A geben entsprechend der Hypothese sehr signifikant häufiger als per Zufall zu erwarten an, dass sie sich liebevoll selbst berühren. Dementsprechend geben dies die NA seltener als per Zufall zu erwarten ( $\chi^2(df=1)=23.26; p < .001$ ) an. Die Frage, ob ihnen ihr Aussehen wichtig sei, wurde von beiden Gruppen ohne signifikante Unterschiede beantwortet ( $\chi^2(df=1)=.953; p < 1$ ).

Die NA sind also im Umgang mit ihrem Körper unsicherer. Man kann dieses Ergebnis weiter interpretieren, dass diese Unsicherheit eher auf den taktilen und propriozeptiven als auf den optischen Selbstbezug zutrifft. In der Gesamtanalyse der Variablen des Fragebogens zum Körpererleben ergibt sich als signifikanter Befund eine deutlich stärkere Unsicherheit mit dem

eigenen Körper bei den NA. In Tabelle 8 ist dieses Ergebnis nachlesbar – die NA-Frauen haben 35% der Antworten im Sinne eines gestörten Körperumgangs beantwortet, dagegen die A-Gruppe nur 7%.

Tabelle 8. Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD) Körperunsicherheit

Gemeinsame Betrachtung	Pat.-Gruppe	N	M	SD
Körperunsicherheit	NA	32	.3516	.23640
	A	30	.0667	.13021

In summierter Betrachtung zeigen die Items zur Körperunsicherheit einen signifikanten Unterschied ( $p < .000$ ).

Der zweite Teil der Hypothese wurde geprüft anhand von Fragen aus dem FBeK nach der körperlichen Identität (z.B. „Ich wünsche mir einen anderen Körper“), Fremdbertührung, Körper- und Figurzufriedenheit sowie Zufriedenheit mit sexuellen Empfindungen. Außerdem wurde eine Frage zur Selbstsicherheit gestellt.

In Tabelle 9 werden die Gruppenunterschiede aufgeführt. Es wurde jeweils die zustimmende Antwort zu dem entsprechendem Item dargestellt.

Tabelle 9. Kreuztabelle zu den Items Selbstbild

Item	N-NA	N-A	df	p
Ich wünsche mir einen anderen Körper	20	1	1	.000
Ich lasse mich nicht gern berühren	22	2	1	.000
Ich bin mit meiner Figur zufrieden	14	27	1	.000
Ich bin mit meinem Körper zufrieden	19	30	1	.000
Ich bin mit meinem sexuellen Empfindungen zufrieden	15	27	1	.000

Die A geben entsprechend der Hypothese sehr signifikant häufiger an, dass sie sich keinen anderen Körper wünschen ( $\chi^2(df=1)=24.20; p < .001$ ). Die Frage, ob sie sich ungern berühren lassen, bejahen A entsprechend der Hypothese signifikant seltener als NA ( $\chi^2(df=1)=25.16; p < .001$ ). Die A geben entsprechend der Hypothese signifikant häufiger als per Zufall zu erwarten an, dass sie mit ihrer Figur zufrieden sind. Dementsprechend geben NA seltener

als per Zufall zu erwarten ( $\chi^2(df=1)=14.79; p<.001$ ) an. Die A geben entsprechend der Hypothese viel häufiger als per Zufall zu erwarten an, dass sie mit ihrem Körper zufrieden sind, dementsprechend NA seltener als per Zufall zu erwarten ( $\chi^2(df=1)=15.42; p<.001$ ). Schließlich geben die A entsprechend der Hypothese sehr signifikant häufiger als per Zufall zu erwarten an, dass sie mit ihren sexuellen Empfindungen zufrieden sind, dementsprechend NA seltener als per Zufall zu erwarten ( $\chi^2(df=1)=13.18; p<.001$ ).

In der Gesamtanalyse (vgl. Tabelle 10) zeigen die Items zum Selbstbild einen signifikanten Unterschied ( $p<.000$ ).

Tabelle 10. Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD) Selbstbild

Gemeinsame Betrachtung	Pat.-Gruppe	N	M	SD
Selbstbild	NA	32	.56	.27
	A	30	.06	.10

Die NA weisen einen sehr signifikant höheren Mittelwert auf als die A. Die NA-Gruppe hat 56% der Antworten im Sinne eines gestörten Selbstbildes beantwortet, die A-Gruppe nur 6%.

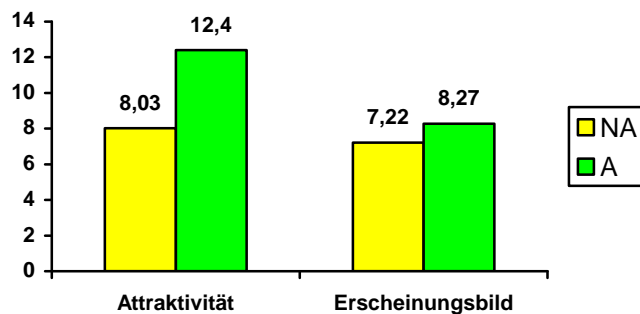
Ein Vergleich der FBeK-Skalen „Attraktivität und Selbstvertrauen“ und „Akzentuierung des äußeren Erscheinungsbildes“ ergaben für die beiden Gruppen ein deutlich unterschiedliches Bild (Tabelle 11 und Abbildung 4).

Signifikant unterscheiden sich die NA von den A im Faktor Attraktivität/Selbstvertrauen ( $p<.000$ ). Auf dem Faktor „Akzentuierung des äußeren Erscheinungsbildes“ findet sich ein schwächerer signifikanter Unterschied ( $p<.065$ ).

Diese Ergebnisse bedeuten: Die Frauen, die das Klimakterium nicht wahrnehmen (NA), weisen auf der Skala „Attraktivität und Selbstvertrauen“ niedrigere Werte auf. Dies bedeutet inhaltlich, dass sie sich weniger zufrieden mit ihrem Körper fühlen, weniger Freude an ihm haben, weniger Selbstvertrauen durch ihn erleben und ihrem Körper gegenüber aggressiver sind.



Abb. 4/Tabelle 11. T-Test für unabhängige Patientinnengruppen bezüglich der ersten zwei FBeK-Skalen mit p-Wert



FBeK-Skala	Pat. Gruppe	N	M	SD	t	p
Attraktivität/ Selbstvertrauen	NA	32	8,03	3,40	5,076	.000
	A	30	12,40	3,37		
Akzentuierung des Erscheinungsbildes	NA	32	7,22	2,00	1,878	.065
	A	30	8,27	2,39		

N= Anzahl; M= Mittelwert; SD = Standardabweichung

Schwach signifikant waren die Ergebnisse bezüglich der Skala „Akzentuierung des körperlichen Erscheinungsbildes“, welche eine besondere Betonung des Aussehens, des Körperäußeren und der Freude an der Beschäftigung mit dem eigenen Körper (beinahe im Sinne einer narzisstischen Körperbesetzung) beschreibt.

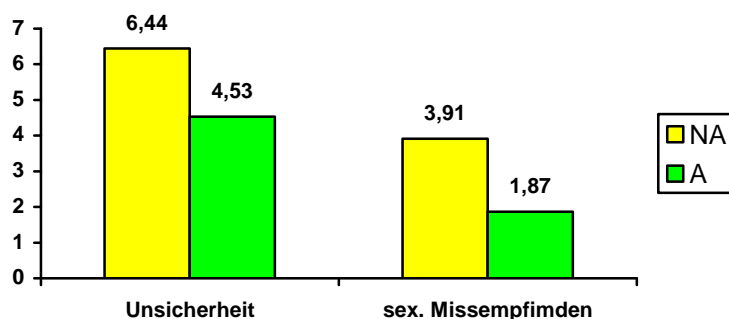
Schlussfolgerung: Beide Teile der Hypothese 2, dass Frauen, die ihr Klimakterium nicht akzeptieren, im Umgang mit ihrem Körper unsicherer sind und ein gestörtes Selbstbild haben, können als statistisch deutlich bestätigt gelten.

### 7.3.3 Hypothese 3: Die NA haben ein gestörtes Körpererleben.

Diese Hypothese wurde geprüft anhand der verbleibenden Skalen des FBeK, nämlich Skala 3 („Unsicherheit/Besorgnis“) und Skala 4 („Körperliches sexuelles Missempfinden“).

Die Mittelwerte der FBeK-Skalen zeigen signifikante Unterschiede für die beiden Gruppen (Tabelle 12 mit Abbildung 5):

Abb. 5/Tabelle12. T-Test für unabhängige Patientinnengruppen bezüglich der letzten zwei FBeK-Skalen mit p-Wert



FBeK-Skala	Pat. Gruppe	N	M	SD	t	p
Unsicherheit/ Besorgnis	NA	32	6,44	2,78	2,6	.013
	A	30	4,53	3,08		
Körperlich- sexuelles Missempfinden	NA	32	3,91	1,69	4,9	.000
	A	30	1,87	1,61		

N= Anzahl; M= Mittelwert; SD = Standardabweichung

Signifikant unterscheiden sich die NA von den A im Faktor körperlich-sexuelles Missempfinden ( $p < .000$ ). Auf dem Faktor Unsicherheit/Besorgnis findet sich ein signifikanter Unterschied ( $p < .05$ ).

Dieser Befund zeigt, dass die NA-Patientinnen eine ausgeprägtere Körperunsicherheit beschrieben und vermehrt beklagten, dass sie ihren Körper nicht genügend kontrollieren könnten. Dieses äußert sich in einer eher hypochondrischen Beachtung des eigenen Körpers oder in einem Misstrauen gegenüber eigenen körperlichen Vorgängen, im weiteren Sinne auch in einem Missempfinden bezüglich ihrer Sexualität.

Die Hypothese, dass die NA ein gestörtes Körpererleben haben, kann als bestätigt gelten.

#### 7.3.4 Hypothese 4: Die Einstellungen zur Sexualität sind bei NA restriktiver, konservativer und weniger auf individuelles sexuelles Erleben bezogen.

Die Hypothese, dass die Sexualität der NA stereotyper sei, wurde mit Hilfe des Fragebogens zur Einstellung zur Sexualität (Arentewicz et al. 1975) untersucht. Zunächst wurden aufgrund inhaltlicher Überlegungen vier Items aus dem Fragebogen ausgewählt, nämlich: „Sexualpartner sollten regelmäßig über ihre sexuelle Beziehung sprechen“, „Der Mann hat mehr sexuelles Verlangen als die Frau“, „Die Frau ist von Natur aus treuer als der Mann“ und „Ohne Liebe ist Geschlechtsverkehr nicht mehr als Selbstbefriedigung.“ Die Erwartung im Sinne der Hypothese war, dass NA die erste Frage verneinen, die übrigen bejahen würden. Die Überlegung hinter dieser Auswahl war: Frauen, denen ihre Sexualität bewusst ist, werden eher zur Verbalisierung neigen („Reden“), während Frauen, denen ihre Sexualität unbewusst ist, zu sexuellen und Beziehungsklischees neigen werden.

Die Auswertung (vgl. Tabelle 13) zeigt folgendes Bild der Anzahl der zustimmenden Antworten:

Tabelle13. Kreuztabelle Items Einstellung zur Sexualität

Item	N-NA	N-A	df	P
Sexualpartner sollten regelmäßig über ihre sexuelle Beziehung sprechen	16	23	1	.030
Die Frau ist von Natur aus treuer als der Mann	24	10	1	.001
Der Mann hat mehr sexuelles Verlangen als die Frau	17	5	1	.003
Ohne Liebe ist Geschlechtsverkehr nicht mehr als Selbstbefriedigung	29	5	1	.000

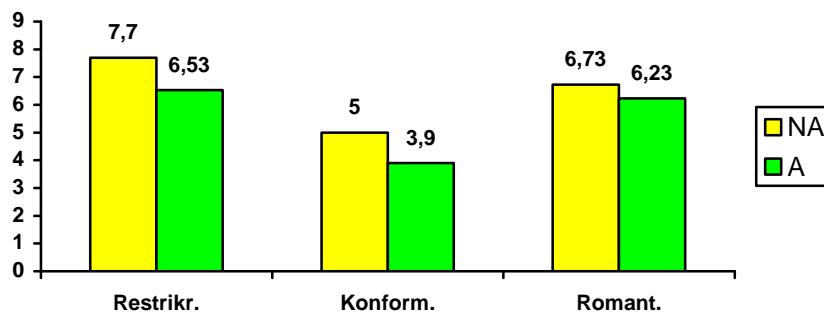
Bei der Frage, ob die Sexualpartner regelmäßig über ihre sexuelle Beziehung reden sollen, geben die A entsprechend der Hypothese signifikant häufiger als per Zufall zu erwarten positive Antworten, dementsprechend NA seltener ( $\chi^2(df=1)=4,71; p<.030$ ). Die Frage, ob die Frau von Natur aus treuer als der Mann ist, wurde entsprechend der Hypothese signifikant häufiger als per

Zufall zu erwarten von den NA mit „ja“ beantwortet, dementsprechend seltener von den A ( $\chi^2(df=1)=10,85;p<.001$ ). Auch bei der Frage, ob der Mann mehr sexuelles Verlangen als die Frau hat, geben die NA entsprechend der Hypothese signifikant mehr positive Antworten als per Zufall zu erwarten an, während die A dies seltener bejahen ( $\chi^2(df=1)= 9,0;p<.003$ ). Bei der letzten Frage stimmen die NA, entsprechend der Hypothese, sehr signifikant häufiger als per Zufall zu erwarten war dem Klischee zu, „Ohne Liebe ist Geschlechtsverkehr nicht mehr als Selbstbefriedigung“; entsprechend bejahen die A dies seltener ( $\chi^2(df =1)=33,20;p<.000$ ).

Wie erwartet, sind die Unterschiede bei allen vier Items signifikant. Damit ist die Hypothese bestätigt.

In einem zweiten Schritt wurden die Mittelwerte der drei faktorenanalytisch extrahierten Skalen „Restriktivität“, „Konformität, Konservatismus“ und „Romantizismus“ verglichen.

Abb. 6/Tabelle 14. T-Test für den Mittelwertvergleich der Faktoranalyse der drei Skalen



Skala	Pat. Gruppe	N	M	SD	t	p
Skala 1 Restriktivität	NA	32	7,70	1,36	3,33	.001
	A	30	6,53	1,41		
Skala 2 Konformität/Konservatismus	NA	32	5,00	1,11	2,04	.05
	A	30	3,90	2,76		
Skala 3 Romantizismus	NA	32	6,73	0,91	1,87	.07
	A	30	6,23	1,19		

Die Tabelle 14 und die dazugehörige Abbildung 5 zeigen das folgende Ergebnis: Bei der Skala 1 sind die Mittelwerte sehr signifikant verschieden. Die Gruppe der NA hat einen höheren Mittelwert auf dieser Skala als die Gruppe der A ( $t(df=60)=3.33, p<.001$ ). Auch bei der Skala 2 sind die Mittelwerte signifikant verschieden. Die Gruppe NA hat einen höheren Mittelwert als die Gruppe der A ( $t(df=37,73)=2.04, p<.05$ ). Bei der Skala 3 zeigen sich die Mittelwerte nur tendenziell verschieden. Die Gruppe der NA hat einen tendenziell höheren Mittelwert auf dieser Skala als die Gruppe der A ( $t(df=60)=1.87, p<.10$ ).

Signifikant unterscheiden sich die NA von den A auf den Skalen „Restriktivität“ und „Konformität/Konservatismus“, was die Hypothese bestätigt, dass die Einstellungen zur Sexualität bei den NA restriktiver, konservativer und weniger auf individuelles sexuelles Erleben bezogen sind als bei den A. Die Ausprägung auf der „Romantizismus“-Skala spricht lediglich tendenziell für die Hypothese.

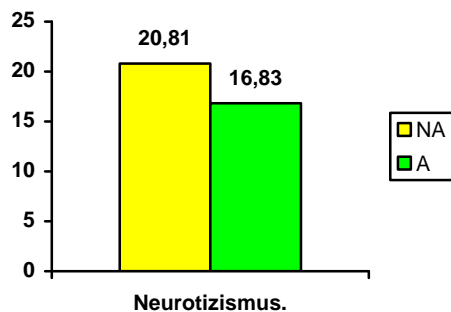
#### *7.3.5 Hypothese 5: Die NA haben einen höheren Neurotizismuswert.*

Verglichen wurden die Mittelwerte der Neurotizismus-Scores aus dem NEO-FFI. Wie erwartet weist die Gruppe der NA einen signifikant höheren Neurotizismus-Wert auf als die Gruppe der A (Tabelle 15 mit Abbildung 6).

Der T-Test zum Gruppenvergleich ergab, dass die NA einen signifikant höheren Neurotizismuswert haben als die Gruppe der A ( $M=20.81$  vs.  $M=16.83$ ) ( $t(df=52.57)=2.35, p<.05$ ) ( $df$ =adjustierter Freiheitsgrad).

Die Frauen, die ihr Klimakterium nicht akzeptieren, haben einen signifikant höheren Neurotizismuswert als die Frauen, die ihr Klimakterium akzeptieren. Somit ist diese Hypothese statistisch bestätigt.

Abb. 6/Tabelle15. Mittelwerte und Standardabweichungen der Merkmalsausprägung Neurotizismus im NEO-FFI



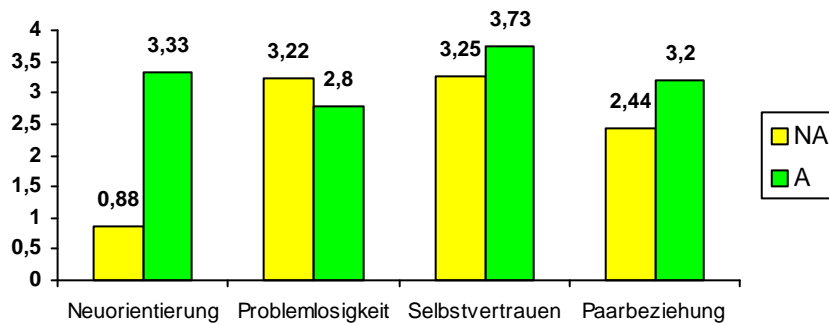
NEO-FFI Skala	Pat. Gruppe	N	M	SD	t	p
Neurotizismus	NA	32	20,81	8,05	2,31	.003
	A	30	16,83	5,05		

### 7.3.6 Hypothese 6: Die NA zeigen in Phasen der Lebensveränderung weniger Flexibilität.

Diese Hypothese wurde geprüft anhand der verbleibenden vier Skalen des Berliner Fragebogens zum Klimakteriumserleben (Rosemeier und Schulz-Zehden 1996), nämlich: Neuorientierung, Problemlosigkeit, Selbstvertrauen und Paarbeziehung (Tabelle 16 mit Abbildung 7).

Die Mittelwerte der Skala Neuorientierung sind erwartungsgemäß signifikant höher bei A als bei NA ( $t(df=60)=7,075, p<.000$ ). Kein signifikanter Unterschied fand sich bei der Skala Problemlösung ( $t(df=60)=1,250; p<1$ ). Selbstvertrauen ( $t(df=60)=.2,224, p<.05$ ) und Qualität der Paarbeziehung ( $t(df=60)=2,018; p<.05$ ) wiesen einen signifikant höheren Mittelwert bei den Frauen auf, die ihre Klimakterium akzeptieren.

Abb.7/Tabelle 16. Mittelvergleich Klimakteriumserleben (Skala 5-8)

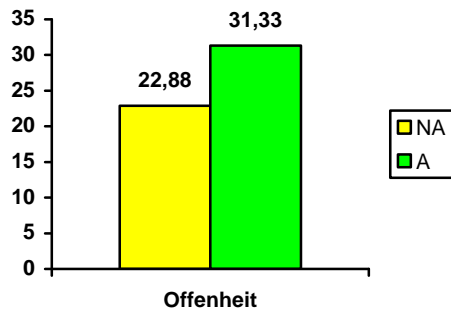


Das Ergebnis zeigt, dass die NA deutlich weniger zur Neuorientierung bereit sind, dass sie weniger Selbstvertrauen haben und sich in ihrer Paarbeziehung weniger geborgen fühlen.

Zur weiteren Hypothesenprüfung wurde die Skala „Offenheit für neue Erfahrungen“ aus dem NEO-FFI (Fragebogen zu persönlichen Eigenschaften, Borkenau und Ostendorf 1993) zur Messung der Flexibilität angewendet.

In Tabelle 17 und der dazugehörigen Abbildung 8 sind die Mittelwerte der Merkmalsausprägung „Offenheit für neue Erfahrungen“ beschrieben. Der T-Test zum Gruppenvergleich ergab, dass die A einen sehr signifikant höheren Wert dieser Skala als die Gruppe der NA haben ( $M=31,33$  vs.  $M=24,88$ );  $t(df=60)=3,82$ ,  $p<.000$ ).

Abb. 8/Tabelle17. Mittelwerte und Standardabweichungen der Merkmalsausprägung „Offenheit für neue Erfahrungen“ im NEO-FFI



NEO-FFI Skala	Pat. Gruppe	N	M	SD	t	p
Offenheit für neue Erfahrungen	NA	32	24,88	5,20	3,82	.000
	A	30	31,33	7,90		

NA sind also weniger flexibel gegenüber neuen Erfahrungen als A. Die Hypothese ist somit bestätigt.

## 8 Diskussion

Das Klimakterium als wichtige Lebensphase jeder Frau stellt einerseits eine Herausforderung dar, den Übergang in eine veränderte Identität zu bewältigen, mit der Chance einer erfolgreichen Neuorientierung. Zum anderen geht diese Lebensphase auch mit erheblichen Spannungen und Ängsten einher.

In der gynäkologischen Praxis stellen perimenopausale Frauen einen erheblichen Anteil der Patientinnen dar. Dabei fällt klinisch auf, dass ein Teil davon Schwierigkeiten hat, den Übergang ins Klimakterium zu akzeptieren. Es ist nicht selten, dass diese Frauen mehrfach die Untersuchung auf eine mögliche Schwangerschaft wünschen, während sie die Möglichkeit, ihre Symptome auf den Beginn des Klimakteriums zurückzuführen, ausschließen



und einer Beratung darüber ausweichen. Die vorliegende Studie untersucht zum ersten Mal diese Patientengruppe.

Ziel der Arbeit ist es, die Abgrenzbarkeit dieser Gruppe nachzuweisen und zu ermitteln, was diese Gruppe von Frauen mit akzeptiertem Klimakterium unterscheidet. Ein weiteres Ziel ist die Aufklärung der Hintergründe des beschriebenen Phänomens. Dazu wurde zunächst eine Reihe qualitativer Interviews als Vorstudie durchgeführt, aus denen Hypothesen über das verleugnete Klimakterium abgeleitet wurden, die schließlich empirisch überprüft werden konnten..

### *Zur Auswahl der Untersuchungsgruppe*

Ausgewählt wurden insgesamt 62 Frauen zwischen 45 und 55 Jahren aus einer gynäkologischen Praxis. Dieser Altersbereich ist biologisch für das Klimakterium vorgegeben und unterliegt keinen historischen Schwankungen oder Abhängigkeiten von soziodemographischen Faktoren (Kirchengast 1992a).

Von Sydow und Reimer (1995) weisen darauf hin, dass in den meisten Untersuchungen zum Klimakterium die Selektionseffekte nicht diskutiert werden, die sich aus der Eingrenzung auf gynäkologische Patientinnen ergeben. „Es wird in der Diskussion der Ergebnisse erstaunlich selten darauf hingewiesen, dass diese – sofern sie bei Patientinnen gewonnen wurden – auch nur für Patientinnen gültig sind.“ Empirisch gesichert ist ein Unterschied zwischen Patientinnen gynäkologischer Sprechstunden und menopausalen Frauen in der Gesamtbevölkerung: Die Wahrscheinlichkeit einer depressiven Störung während der Perimenopause ist bei ersteren höher als bei der Gesamtheit der Frauen dieser Altersgruppe (Hay et al. 1994, Anderson et al. 1987). Diese Einschränkung muss auch für die vorliegende Studie gelten. Dennoch übt der Selektionseffekt durch die Beschränkung auf Patientinnen keinen verzerrenden Einfluss auf die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung aus, da hier ja keine Aussage über den zahlenmäßigen Anteil der Gruppe der ihr Klimakterium nicht akzeptierenden Frauen an der

Gesamtbevölkerung angestrebt wird. Die hier untersuchte Gruppe ist eine Gruppe von Patientinnen, und nur für diese gelten die Ergebnisse.

Die Auswahl der Untersuchungsgruppe, also die Identifizierung der menopausalen Frauen innerhalb des allgemeinen Patientenstammes, wurde in der vorliegenden Arbeit nicht durch eine Rating Scale wie die Kuppermann-Skala, die MRS oder den Selbsteinschätzungsbogen MRS II (Hauser et al. 1994) vorgenommen. Solche Instrumente sind nur sinnvoll, wenn etwa für breit angelegte Wirkungsstudien die Möglichkeit einer gynäkologischen Diagnose wegen des damit verbundenen höheren Aufwandes nicht in Frage kommt. Die Zuordnung der Patientinnen zur klimakterischen Gruppe ist durch gynäkologische Untersuchung und Anamnese gesichert. Durch den Ausschluss der Differentialdiagnosen ist die Validität gegenüber den Rating Scales deutlich erhöht. Die Rücklaufquote von 83,7 % ist sehr gut, zumal es sich um ein umfangreiches Fragenbogenpaket mit insgesamt 155 Items handelte. Die zwölf Frauen, die dennoch den Fragebogen nicht ausfüllen wollten, gaben dafür äußere Gründe (meist Zeitgründe) an. Es kann natürlich nicht ausgeschlossen werden, dass diese Begründung nur vorgeschoben war und in Wirklichkeit eine Scheu bestand, solche Auskünfte zu geben. Zum anderen schließt das sofortige Ausfüllen und Besprechen des Fragebogens semantische Missverständnisse aus. Dass diese Voraussetzung nicht immer gegeben ist, zeigt eine Untersuchung von v. Sydow (1992). Sie befragte 91 Frauen in offenen Interviews zu ihrer Sexualität. Es stellte sich heraus, dass sieben dieser Frauen den Ausdruck „Orgasmus“ nicht kannten. Fünf andere Frauen äußerten die Ansicht, dass sie einen Orgasmus gehabt haben müssten, denn sie seien ja schwanger geworden.

### *Soziodemographische Befunde*

In der vorliegenden Untersuchung unterscheiden sich die beiden Gruppen stark in ihrer Berufstätigkeit. 90 % der Frauen, die ihr Klimakterium akzeptieren, sind berufstätig, während dies nur auf 43,8 % der Frauen mit verleugnetem Klimakterium zutrifft. Von Armin-Baas (1995) findet eine

gehäufte Negation der Bedeutung der Menopause bei wieder berufstätigen Frauen. In der vorliegenden Studie zeigt sich ein gegenteiliger Befund. Dieser Unterschied dürfte im unterschiedlichen Ansatz liegen. Während von Armin-Baas auf bewusste Einschätzung der Bedeutung des Klimakteriums abhebt, zielt die vorliegende Studie auf unbewusste Verleugnung ab. Es könnte, zugespitzt formuliert, die Auffassung vertreten werden: Gerade den Verleugnerinnen ist das Klimakterium sehr wichtig. Verleugnung ist gewissermaßen das Gegenteil von Desinteresse.

Am ausgeprägtesten war dieser Unterschied bei den Hausfrauen: In der Gruppe der Akzeptierenden fand sich keine Hausfrau, während sie in der Gruppe der Nicht-Akzeptierenden 25 % ausmachten. Eine nähere Betrachtung der Biographie dieser Frauen könnte jedoch zeigen, dass sie vor dem Zusammenbruch der DDR-Wirtschaft berufstätig waren und jetzt in einen nicht öffentlich anerkannten Status wechseln mussten. Es kann als Erklärungsansatz also das Vorliegen eines Verlusterlebens sozialer Selbstständigkeit in Betracht gezogen werden. Eine nähere Untersuchung dieser Hypothese wäre mit den Mitteln der life-event-Forschung möglich.

Diese Annahme wird unterstützt durch die geringere Ausprägung des Unterschieds bei der Arbeitslosigkeit, die bei 10 % der Akzeptierenden gegen 31,2 % der Nicht-Akzeptierenden vorlag. Der Verlust des Arbeitsplatzes als solcher könnte weniger einschneidend erlebt werden als der Verlust der Berufstätigkeit. Als Arbeitslose könnte sich die Frau noch dem Arbeitsprozess zugehörig fühlen, während sie durch die Reduzierung auf den Status der Hausfrau ihre direkte Zugehörigkeit zum Wirtschaftsleben in eine indirekte, vermittelt über die Position des Ehemannes, eintauschen muss.

Sollte diese Erklärung zutreffen, so müsste für die gesamte Studie eine gewisse Abhängigkeit von den soziokulturellen Umständen im Bereich der neuen Bundesländer eingeräumt werden. Eine Replikation in den alten Bundesländern wäre wünschenswert.

Ein weiterer signifikanter Unterschied findet sich in allen Ausbildungsbereichen, besonders ausgeprägt beim Hochschulabschluss, der zu 3,1 % bei den NA, dagegen zu 40 % bei den A vorliegt. Diese Differenz ist

bereits bei der Häufigkeit negativer klimakterischer Beschwerden bekannt (Kirchengast 1992a). Möglicherweise erlaubt ein allgemein höherer Bildungsstand den Frauen, auch ihre körperliche Selbstwahrnehmung leichter mit dem Wissen über Körpervorgänge in Beziehung zu setzen.

#### *Zu einzelnen Hypothesen*

Die Hypothesen konnten in der vorliegenden Untersuchung weitgehend bestätigt werden.

Eine Ausnahme bildet die erste Hypothese, nach der erwartet war, dass die NA *mehr negative klimakterische Symptome* berichten würden. Diese Erwartung bestätigte sich nicht. Insbesondere konnte die vorliegende Studie keine signifikanten Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen hinsichtlich der berichteten *vegetativen Beschwerden* nachweisen. Als Tendenz war festzustellen, dass die Akzeptierenden etwas häufiger über solche Beschwerden berichteten als die Nicht-Akzeptierenden.

Eine Erklärung für diese Tendenz kann darin liegen, dass diese Frauen vegetative Symptome als zugehörig zum Klimakterium erkennen und deshalb deutlicher wahrnehmen.

Eine weitere Erklärungsmöglichkeit, die sich auch mit der klinischen Erfahrung deckt, ist darin zu sehen, dass Frauen, die ihre klimakterischen Beschwerden als solche erkennen, in einen affektiven Trauerprozess eintreten, der mit der Übergangsphase zum Alter einhergeht. Die vegetative Symptomatik, genauer ihre Bewertung als störendes Symptom, ist auch Ausdruck dieses Traueraffekts. Die klinische Erfahrung zeigt einen charakteristischen Wechsel dieser Symptome im Behandlungsprozess. Mit der Beruhigung, die durch die Zuordnung zum Klimakterium bei den Patientinnen bewirkt wird, und mit der schließlichen Akzeptanz lassen regelmäßig auch die Beschwerden nach bzw. werden besser akzeptiert.

Lediglich im Bereich der *depressiven Verstimmung* konnte für die „Verleugnerinnen“ ein höherer Depressionswert nachgewiesen werden als für die nicht verleugnenden Probandinnen. Dieser Befund entspricht der oben

(3.1.2.6) dargestellten Forschungsliteratur zu Menopause und Depression im Allgemeinen. Der Befund, dass die Ausprägung depressiver Beschwerden bei NA stärker ist, als bei A, untermauert die Annahme, dass die Depression im Klimakterium nicht einfach organisch bedingt ist. Die kognitive Zuordnung der wahrgenommenen Beschwerden hat einen Effekt auf die depressive Verstimmung. Die rein organische Ableitung des klimakterischen Psychosyndroms ist auch durch andere empirische Gegenbefunde in Frage gestellt worden. In einer prospektiven Untersuchung konnte Hunter (1990) belegen, dass die geringfügige Zunahme depressiver Beschwerden bei menopausalen Frauen zu 51 % aus psychischen und sozialen Faktoren vorhergesagt werden konnte. In einer bedeutenden Längsschnittstudie belegen Avis und McKinlay (1991), dass menopausale Frauen ebenso selten depressive Neigungen haben wie jüngere oder ältere Frauen (jeweils ca. 10 %). Diese Untersuchung ergab jedoch, dass Frauen, die schon in jüngeren Jahren zu Depressionen neigen, in der Menopause besonders häufig über Symptome klagen – das könnte erklären, warum von ärztlicher Seite oft die Menopause mit Depression verknüpft wird. Weitere epidemiologische Studien belegen keine überdurchschnittliche Häufung affektiver Störungen bei Frauen mit spontaner Menopause (Porter et al. 1996; vgl. auch McKinlay et al. 1992, Nicol-Smith 1996, Gath und Iles 1990, Kaufert 1994). Ob die Tatsache, dass Frauen mit operativ induzierter Menopause häufiger zur depressiven Verstimmungen neigen als Frauen mit spontaner Menopause (McKinlay et al. 1987) für die somatische oder die Psychogenese der klimakterischen Depressivität spricht, muss dahingestellt bleiben, da im ersteren Fall sowohl ein Hormonverlust als auch ein kritisches Lebensereignis vorliegen muss.

Der Unterschied zwischen den beiden hier untersuchten Gruppen könnte darin bestehen, dass die Gruppe der Akzeptierenden die Trauerarbeit (Verlust der Gebärfähigkeit und Jugend) leisten kann, während die Nichtakzeptierenden durch ihre Verleugnung die Konfrontation mit dem Älterwerden vermeiden und ihren Trauerprozess blockieren, mit der Folge einer Zunahme depressiver Symptome.

Die zweite und dritte Hypothese hatten postuliert, dass die „Verleugnerinnen“ im Umgang mit ihrem *Körper unsicherer* sind und ein gestörtes Selbstbild sowie ein *gestörtes Körpererleben* haben. Beide Hypothesen sind empirisch bestätigt. Bereits in der klinischen Vorstudie zeigte sich, dass die untersuchte Klimakteriumsverleugnung das Fehlen der sicheren Wahrnehmung von Körpereigenschaften und/oder deren Fehlinterpretation umfasst. Wurden hingegen körperbezogene klimakteriumstypische Symptome wahrgenommen, so imponierte zunächst eine erhöhte Bereitschaft zur Rationalisierung. So wurden z.B. Essgelüste und Gewichtszunahme als Zeichen der Schwangerschaft verstanden. Die Darmperistaltik wurde als Kindsbewegungen interpretiert. Auch typische Klimakteriumssymptome – Hitzewallungen und Schweißausbrüche – wurden rationalisiert und auf unterschiedliche Gründe zurückgeführt, in keinem Fall jedoch mit den Wechseljahren in Verbindung gebracht. Diesen Befund bestätigen die Ergebnisse der empirischen Untersuchung. Im FBeK (Strauß und Richter-Appelt 1996), weisen die „normalen“, ihr Klimakterium akzeptierenden Frauen, positivere Werte auf, d.h. sie nehmen sich deutlich positiver und zufriedener wahr als die Frauen mit verleugnetem Klimakterium. Die letzteren „versagen“ dagegen bei der adäquaten Perzeption und Beurteilung der Körpersignale des Älterwerdens, vor allem bei der Zuordnung des Ausbleibens der Regelblutung zum Ende der Fruchtbarkeit. Dies steht in Übereinstimmung mit dem ermittelten mangelnden Selbstvertrauen in Wahrnehmung und Bewertung eigener körperlicher Vorgänge. Interessant wäre eine genauere Prüfung des Einflusses dieser Unterschiede auf den von Lo Piccolo (1991) und Kirchengast et al. (1996) beschriebenen Zusammenhang zwischen Sexualität und Selbstwahrnehmung von Attraktivität bei klimakterischen Frauen.

Parallel zu diesem Befund wurden auch Unsicherheit dem eigenen Körper gegenüber, insbesondere mangelnde Kontrolle, sowie ein Misstrauen in Bezug auf körperliche Vorgänge überhaupt von der Gruppe der „Verleugnerinnen“ häufig genannt. Dieses Ergebnis kann als Hinweis auf ein gestörtes Körperbild verstanden werden. Untersuchungen mit dem FBeK bei verschiedenen Patientinnen weisen darauf hin, dass sich bei Erkrankungen

mit einem hohen Anteil psychischer Auffälligkeiten Unterschiede im Körpererleben zu den gesunden Vergleichsgruppen zeigen (Strauß und Richter-Appelt 1996, Wessel et al. 1999).

Dass es sich dabei um einen konstanten Persönlichkeitsfaktor handelt, legen auch die Ergebnisse von Rudolph et al. (1999) nahe, die einen Zusammenhang zwischen dispositioneller psychischer Instabilität und dem „klimakterischen Syndrom“ nachweisen konnten. Um zu ermitteln, ob dies auch für die in der vorliegenden Studie nachgewiesenen Auffälligkeiten bei Frauen mit verleugnetem Klimakterium gilt, wäre es erforderlich, sie in einer postklimakterischen Lebensphase erneut zu untersuchen.

Die Untersuchung sollte prüfen, ob Einstellung zur und Erleben der Sexualität bei den Nicht-Akzeptierenden unbewusster ist. Da in einer empirischen Untersuchung keine Aussage darüber möglich ist, ob eine Haltung oder eine Wahrnehmung von unbewussten Faktoren beeinflusst ist, wurde als Hilfskonstrukt für die vierte Hypothese die Annahme eingeführt, dass diese Frauen eine *konservativere und klischeehaftere Einstellung zur Sexualität* äußern. Diese Erwartung wurde bestätigt.

Grundsätzlich ist für die Frage nach der Sexualität von 45- bis 55-jährigen Frauen einschränkend festzustellen, dass es den meisten nicht leicht fällt, offen darüber zu sprechen. Es war bei der Durchführung der Untersuchung nicht zu übersehen, wie schwer den Frauen das Ausfüllen dieses Fragebogens fiel. Bei manchen Frauen war der Widerstand so stark, dass sie den Text der Fragen gar nicht zu verstehen glaubten und nachfragten – eine Beobachtung, die bei keinem anderen Erhebungsinstrument zu machen war. Die Tabuisierung der Sexualität älterer Frauen, die sich in diesem Verhalten ausdrückt, geht jedoch nicht nur von ihnen selbst aus. Sontag (1972) spricht von gesellschaftlichem „double standard of aging“, der Frauen in viel jüngeren Jahren als Männern Asexualität und Unattraktivität zuschreibt. Dieser doppelte Standard scheint auch für die Forscher zu gelten. Studien über die Sexualität älterer Menschen haben sich bisher überwiegend mit Männern beschäftigt (Zank 1999). Eine der wenigen Ausnahmen bildet von Sydow (1992).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie im Bereich der Einstellung zur Sexualität erlauben jedoch eine Differenzierung. Es sind nicht die älteren Frauen schlechthin, die ein konservatives und klischeehaftes Vokabular zur Sexualität präferieren, sondern diejenigen, die die Anzeichen ihres Klimakteriums nicht erkennen. Diese Frauen sind deutlich restriktiver und konservativer in ihren Einstellungen zur Sexualität als die Akzeptierenden, während sich die beiden Gruppen im Romantizismus kaum unterscheiden – was vielleicht darauf hinweist, dass beides eben doch Frauen sind.

Dieser Einstellungsunterschied lässt verschiedene Interpretationsmöglichkeiten zu. Der deutlichste Effekt war bei der Restriktivität zu verzeichnen. Die hier abgefragten Items betreffen sexuelle Vorschriften und Regelaussagen; Frauen, die hier die strengeren Varianten wählen, bringen damit das Bedürfnis zum Ausdruck, sexuelles Handeln zu beurteilen, zu regeln und zu beschränken. Das Zusammentreffen dieser Strenge mit der Verleugnung des eigenen Klimakteriums könnte als Bestätigung der frühen psychoanalytischen Theorien über die Libidosteigerung zu Beginn des Klimakteriums verstanden werden. Freud schrieb 1912:.

„Wie bekannt, sind (...) eher plötzliche Libidosteigerungen mit der Pubertät und der Menopause, mit dem Erreichen gewisser Jahreszahlen bei Frauen, regelmäßig verbunden (...) Die Libidostauung ist hier das primäre Moment, sie wird pathogen infolge der *relativen* Versagung von Seiten der Außenwelt, die einem geringeren Libidoanspruch die Befriedigung noch gestattet hätte. Die unbefriedigte und gestaute Libido kann wieder die Wege zur Regression eröffnen und dieselben Konflikte anfachen (...)“ (Freud 1912, S.328).

In anderen Worten: Die von Freud angenommene physiologische Libidosteigerung trifft bei klimakterischen Frauen auf eine geringere Akzeptanz sexueller Betätigung und führt im Resultat zu einer neurotischen Einstellung, etwa einer generellen Verurteilung sexueller Freiheiten, wie sie die hier diskutierte restriktive Einstellung widerspiegelt. Freilich kann heute von einer solchen Libidosteigerung nicht mehr ausgegangen werden. Auch ist die



psychoanalytische Theorie weiter entwickelt worden und betrachtet heute die Menopause eher unter dem Blickwinkel eines Identitätswechsels. Schlesinger-Kipp (2002) beschreibt als wesentlichen Aspekt des Klimakteriums die erneute Abnabelung von der Mutter, ausgelöst durch den Abschied vom intensiven Verschmelzungserlebnis der (möglichen) Schwangerschaft. In diesen Zusammenhang ordnet sie Phänomene wie die intensiver erlebte Sexualität (als Übertragung der Verschmelzungswünsche vom Kind auf den Mann), die Phantasie des „leeren“ Innenraums sowie unbewusste destruktive Impulse ein. Gleichzeitig beschreibt sie die Menopause als endgültige Aufgabe der ödipalen Bindung an den Vater.

Die hier vorgelegten Ergebnisse reichen für die Bestätigung dieses in einem analytischen Setting erhobenen Befundes nicht aus. Aus der vorliegenden Datenbasis kann keine Aussage über Art der Abwehr und Inhalt des Abgewehrten abgeleitet werden, die letztlich in einer restriktiven Haltung zur Sexualität münden.

Ein zweiter signifikanter Unterschied scheint jedoch darauf hinzuweisen, dass irgend eine Form der psychischen Abwehr in der Tat vorliegt. „Verleugnerinnen“ haben nicht nur strengere, sondern deutlich klischeehaftere Vorstellungen von Sexualität. Dabei geht es nicht um „erlaubte“ und „unerlaubte“ Handlungen, sondern um Definition und Wahrnehmung sexueller Beziehungen schlechthin, wie z.B. „Der Mann hat mehr sexuelles Verlangen als die Frau.“ Das sexuelle Weltbild von Frauen, die diese Sätze bestätigen, scheint eher unflexibel zu sein. Das könnte auf das Vorhandensein von Abwehrraffekten verweisen.

Ein weiterer Befund bestätigt die Annahme, dass bei den „Verleugnerinnen“ ein psychischer Abwehrmechanismus vorliegt: Die fünfte Hypothese, nach der die NA einen *höheren Neurotizismuswert* haben, konnte empirisch ebenfalls bestätigt werden. Diese Übereinstimmung ist insofern bedeutsam, als das Neurotizismuskonzept nicht aus der psychoanalytischen Tradition stammt, vielmehr behavioral definiert und faktorenanalytisch gewonnen ist.

Im Gegensatz zu den Wurzeln des Konzepts in der Theorie von Eysenck (vgl. Eysenck und Eysenck 1987) bzw. Gray (1970) ist der

Neurotizismusbegriff im hier verwendeten NEO-FFI (Costa und McCrae 1985) aus einem induktiven faktorenanalytischen Verfahren, basierend auf eigenschaftsbeschreibenden Wörtern der Alltagssprache gewonnen. „Neurotizismus“ bedeutet hier nur die Resultante von Eigenschaftsbegriffen, die durch Bereitschaft zu emotionaler Labilität, Besorgtheit, Hypochondrie usw. (wie oben geschildert) gekennzeichnet ist.

Für die vorliegende Studie ist der Neurotizismuswert von großer Bedeutung, weil es im Wesentlichen ja um die Frage geht, welche Persönlichkeitseigenschaften eine abgrenzbare Gruppe von Patientinnen kennzeichnen, die die Wahrnehmung des Klimakteriums verleugnen. Es soll hier nicht im Sinne von Eysenck und Gray postuliert werden, dass diese Patientinnen eine Übererregbarkeit des limbischen Systems aufweisen oder eine andere biologisch fassbare Persönlichkeitskonstante. Ebenso wenig geht es beim Neurotizismuskonzept um eine neurotische Erkrankung.

Zur inhaltlichen Interpretation des Befundes, dass die „Verleugnerinnen“ einen höheren Neurotizismuswert aufweisen, könnte angeführt werden, dass dieses Eigenschaftsbündel mit einer generellen Scheu korreliert, sich mit angstmachenden Wahrnehmungen oder Konflikten zu konfrontieren. Wenn unterstellt werden kann, dass die Wahrnehmung des Klimakteriums diesen Frauen Angst macht, etwa die Angst vor dem Älterwerden oder dem Tod, so würde die Disposition zu angstvermeidenden Reaktionen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass die Anzeichen des Klimakterium fehlgedeutet werden. Diese Annahme passt in den allgemeineren Befund von Bosworth et. al. (2003), dass die Frauen, die den Stress der Menopause höher einschätzten, unter anderem auch höhere Werte auf der Neurotizismusskala aufwiesen.

Ein denkbarer Einwand gegen diesen Befund wäre die Vermutung, dass nicht die untersuchte Variable, sondern der Alterungsprozess selbst einen Einfluss auf die Erhöhung des Neurotizismuswertes haben könnte. Dagegen spricht zum einen, dass dann dieser Wert bei beiden Untersuchungsgruppen erhöht sein oder eine signifikante Altersdifferenz nachweisbar sein müsste. Zum anderen spricht die bekannte Konstanz der Persönlichkeitsfaktoren

gegen diese Annahme, die besonders für die zweite Lebenshälfte (McCrae und Costa 1990, McCrae et. al. 2000) und für den Neurotizismuswert empirisch gesichert ist (Viek 1997). Es ist also sehr unwahrscheinlich, dass sich der Neurotizismuswert mit dem Klimakterium verändert.

Eine prospektive Langzeituntersuchung von Kuh et al. (2002) über die Ursachen von Klimakteriumsbeschwerden betont die Bedeutung bereits frühkindlich angelegter Risikofaktoren. Die lebensgeschichtlichen Besonderheiten der untersuchten Frauen konnten die gegenwärtigen Beschwerden wirksamer vorhersagen als die gegenwärtigen Stressfaktoren wie Scheidung etc. Die Frauen mit höherer erlebter Belastung zwischen 47 und 52 hatten höhere Neurotizismuswerte schon als Kinder oder antisoziale Verhaltens-tendenzen als Teenager oder mehr Gesundheitsprobleme als junge Erwachsene als die übrigen Frauen. Ein Einfluss des menopausalen Status auf die Befindlichkeit konnte nicht nachgewiesen werden.

In engem Zusammenhang mit diesem Befund steht die ebenfalls signifikante Bestätigung der sechsten Hypothese, nach der bei den „Verleugnerinnen“ in Phasen der Lebensveränderung *geringere Flexibilität* erwartet wurde. Es ist anzunehmen, dass Frauen, die sich vorwiegend über ihre Gebärfähigkeit als Frauen erleben, den Wechsel zum Klimakterium schwerer akzeptieren können, wenn die grundsätzlichen Persönlichkeitszüge der Offenheit und Bereitschaft zur Neuorientierung weniger stark ausgeprägt sind. Genau hinsichtlich dieser Eigenschaften wiesen in der vorliegenden Untersuchung die beiden Gruppen stark signifikante Unterschiede auf.

### *Verleugnung des Klimakteriums oder Verleugnung des Alters?*

Heute, bei einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 79,3 Jahren für Frauen (Bundesministerium für Gesundheit 1995, zit. in Ditz 2000), beträgt die Zeit nach der Menopause mehr als 1/3 des gesamten Lebens. Durch die Emanzipation der Frau, ihre Integration in die Arbeitswelt und in das öffentliche Leben sowie durch die Veränderung der Familienstrukturen hat

sich die Rolle der Frau in der Gesellschaft grundlegend verändert. Damit kommen neue Anforderungen auf sie zu.

Die Frauen, denen sich diese Arbeit widmet, verleugnen mit dem Klimakterium auch ihr Älterwerden. Diese Verleugnung ist freilich kein spezifisches „Frauenphänomen“. Sie spiegelt sich auch in einer gesellschaftlichen Ausblendung des Alters wider.

Die Angst vor dem Alter ist in unserer Gesellschaft eines der zentralen Momente der Identität. Altwerden wird nicht als Erfüllung eines Lebenszyklus verstanden, sondern als Defizit und Verlust. „Wir alle wollen möglichst alt werden, aber nicht alt sein“ (Schultz-Zehden 2003). Der „Prothesengott“ der Transplantationsmedizin macht den Menschen virtuell unsterblich. Aber gerade dadurch, dass er den Tod und die Gebrechlichkeit scheinbar abwenden kann, wird der moderne Mensch in seinem Selbstbewusstsein umso tiefer verunsichert (Decker 2004).

Diese Angst findet sich exemplarisch im „Anti-Aging“. So sehr der Begriff suggeriert, man könne dem natürlichen Prozess des Alterns entschlossen eine technische Maßnahme entgegenstellen, so wenig kann dies doch gelingen. Die Vorstellung der Wiedergewinnung der Jugend ist nicht neu; in den Jungbrunnenphantasien, in zahlreichen Mythen und Märchen taucht der Gedanke auf, durch magische oder göttliche Einwirkung die Jugend wiederzuerlangen, eventuell sogar die ewige. Dabei war jedoch, da es sich eben um Phantasie handelte, durchaus an eine innere Verjüngung gedacht. Die Maßnahmen des Anti-Aging sind dagegen in aller Regel kosmetisch; sie verjüngen nicht, sondern sie verschleiern das Alter. Das gilt auch für die hier in erster Linie zur Debatte stehende HRT. Sie erzielt zwar durch Hormonsubstitution eine Verzögerung mancher Alterungsprozesse, kann jedoch an der Tatsache, dass die Gebärfähigkeit aufhört, nichts ändern. Tatsächlich besteht zwar eine prophylaktische Wirkung der HRT hinsichtlich Osteoporose, Alzheimer-, Herz- und Kreislauferkrankungen etc., doch zeigt die klinische Praxis, dass mit der HRT wesentlich weiter gehende Verjüngungshoffnungen verbunden werden. Auf der anderen Seite finden sich auch charakteristische Befürchtungen gegenüber Hormontherapien, die über

ein realistisch einzuschätzendes Nebenwirkungs- und Risikospektrum hinausgehen. In dieser Bewegung könnte die gängige Gleichsetzung von „Hormonen“ mit „Sexualhormonen“ eine Rolle spielen. „Die Geschlechtlichkeit und die mit ihr untrennbar verbundene Sexualität gehören zu den zentralen Themen der Menschen, und sie sind wie kaum ein anderes Thema mit Phantasien, Erwartungen, Hoffnungen, Ängsten und Enttäuschungen besetzt.“ (Fervers-Schorre 2004). Es ist möglich, dass eine undifferenzierte Überbetonung der Schädlichkeit der HRT in der Öffentlichkeit als Ausdruck erneut mobilisierter Ängste und Vorurteile verstanden werden kann, als Gegenreaktion auf die unterschwellige Verheißung ewiger Jugend und Sexualität.

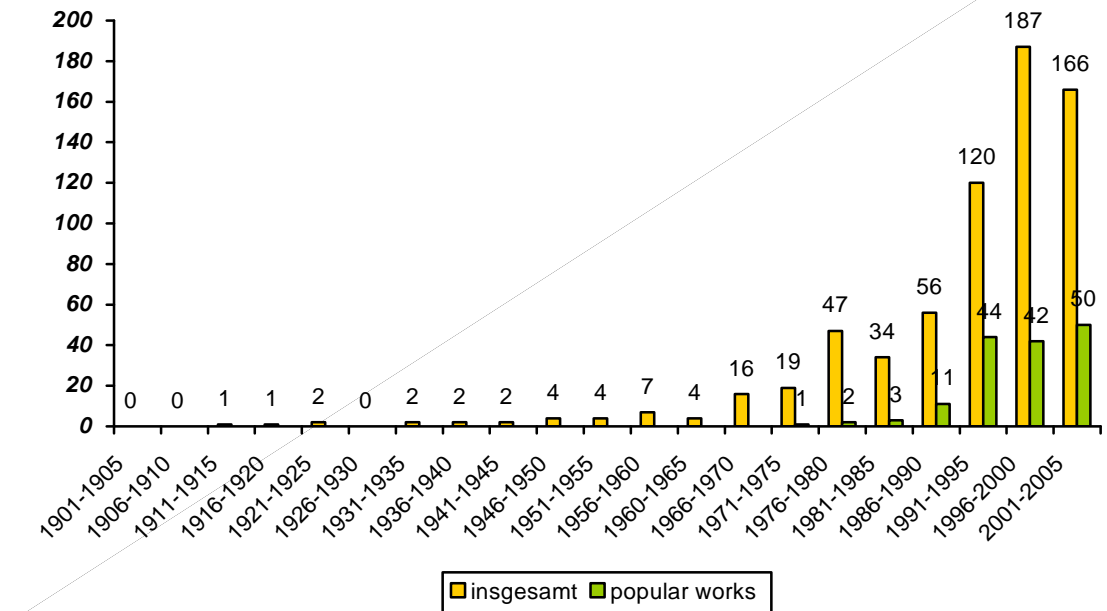
Das Älterwerden als solches kann nicht verhindert werden; letztlich steht jeder Mensch vor der Aufgabe, es zu akzeptieren. Dieses Akzeptieren der eigenen Existenz als Teil der Natur ist in unserer Gegenwart bedeutend erschwert. Nach Schultz-Zehden (1998) hat ein Drittel aller Frauen Probleme mit dem Älterwerden. Das ist nicht nur psychisch, sondern soziologisch bedingt. In den oberen Alterssegmenten zeichnet sich immer schon eine deutliche Verschiebung in Richtung eines Frauenüberschusses ab, der mit der Verlängerung der Lebenserwartung noch zunimmt. Die Folge ist ein ungleiches Verhältnis zwischen Männern und Frauen und ein erhöhter Attraktivitätsdruck für die Frauen. Gleichzeitig bedingt der Trend zur „Erlebnisgesellschaft“ auch eine stark ansteigende Trennungs- und Scheidungsrate und damit die Erwartung, im höheren Alter sexuell aktiv bleiben zu müssen. Traditionelle Lebensentwürfe von Frauen, die oft mit Konstanz, Fürsorge und Häuslichkeit verbunden waren, geraten aus der Mode.

Die Verleugnung des Klimakteriums, die den Kern der vorliegenden Studie bildet, kann unter dieser geschilderten Prämisse nicht nur als innerpsychischer Abwehrmechanismus (vgl. dazu Kap. 3.2) gesehen werden, sondern als kollektiver Trend.

Dennoch ergibt sich in der Gegenwart eine interessante Neubewertung des Klimakteriums. In den letzten Jahren ist eine Flut von populären

Frauenbüchern erschienen (Abb. 9 und Anhang D), welche die Aufwertung der Menopause zum Gegenstand haben.

Abb. 9: Menopauseliteratur in der Library of Congress, 1900-2005



Die erste Generation von Frauen, die sich anders als traditionell verwirklichen konnte, wird älter. Sie hat sich ihre Rolle in der Gesellschaft neu definiert. Individualismus, Autonomiebedürfnis und der Wunsch nach Selbstentfaltungsmöglichkeiten insgesamt sind gestiegen. Diese Generation steht vor einer erneuten emanzipatorischen Aufgabe, die kommenden Lebensjahrzehnte, für die es keine Rollenmodelle und Leitlinien gibt, neu zu gestalten.

Die oben dargestellte Untersuchung von Seehafer (1999) kam unter anderem zu dem Ergebnis, dass Frauen heute das Klimakterium weniger als Krankheit erleben. Zu vergleichbaren Ergebnissen kamen Schultz-Zehden und Rosemeier 1995, Rosemeier und Schultz-Zehden 1994 in ihrer ebenfalls repräsentativen Untersuchung. Auch von Arnim-Baas (1995) erwartet einen Rückgang klimakterieller Beschwerden infolge einer größeren gesellschaftlichen Offenheit und weiblicher Selbstbewusstheit (von Armin-Baas 1995).

Einen Hinweis auf diesen Wandel des Selbstbewusstseins gibt das Musical mit dem Titel „Menopause“, das im März 2001 an einem renommierten Off-Broadway-Theater Premiere hatte und 2005 immer noch mit Erfolg gespielt wird (Abb. 10).

Abb. 10. Programmheft „Menopause – The Musical“, Playhouse 91, New York, NY

## Ausblick und Konsequenzen für die Praxis

Für die ärztliche Praxis ist die Kenntnis und Interpretation des in dieser Studie beschriebenen Phänomens von nicht zu unterschätzender Bedeutung, und zwar sowohl für den Arzt als auch für die Patientin.

Auf seiten des Arztes kann das Wissen um Häufigkeit und Hintergründe des verleugneten Klimakteriums das Verständnis für diese Patientinnen vertiefen. Das Wissen darum, dass es eine Gruppe von Patientinnen gibt, die ihr Klimakterium hartnäckig verleugnen, und dass diese Verleugnung in nachweisbarem Zusammenhang mit ihrer Persönlichkeit steht, eröffnet die Möglichkeit einer angemessenen Behandlung. Es ist bei diesen Patientinnen abzusehen, dass mit dem Zusammenbrechen der Verleugnung eine Trauerreaktion eintritt, die nicht als Depression diagnostiziert werden sollte und demzufolge auch keine antidepressive Medikation erfordert. Sie ist vielmehr Ausdruck einer Orientierungskrise in einem Lebensübergang und kann als solche akzeptiert werden. Die klinische Erfahrung zeigt, dass eine unterstützende Begleitung in einem empathischen Arzt-Patient-Verhältnis in der Regel ausreichend ist, soweit es sich nicht um Fälle handelt, in denen die Verleugnung Symptom einer neurotischen Erkrankung ist.

Für die Patientin, die ihr Klimakterium verleugnet, ist es sehr wichtig zu verstehen, dass ihre Verleugnung nicht unbedingt Ausdruck einer neurotischen Störung sein muss – ebenso wenig wie ihr Klimakterium. Die Aufklärung durch den Arzt in einem haltenden Kontakt kann ihr helfen, sich bewusst zu machen, wie tiefgreifend ihre Lebensumstellung ist und zu akzeptieren, dass der Prozess der Identitätssuche oft mit starken inneren Spannungen und/oder psychischen Abwehrprozessen wie der Verleugnung verbunden sein kann.

Ganz allgemein ist für Frauen mit klimakterischen Beschwerden der Arzt-Patient-Kontakt sehr hilfreich und Voraussetzung für ein Vertrauensbündnis. Bei der Beratung von Frauen mit solchen Beschwerden ist es wichtig, ihre aktuelle Lebenssituation zu berücksichtigen. Nicht alle Frauen mit klimakterischen Beschwerden sind gleich Patientinnen. Für ein Großteil der Frauen sind die Wechseljahre auch eine Chance für neue Perspektiven. Sie werden als eine Zeit des Umbruchs und Neubeginns erlebt (Schulz-Zehden 2003).

## **9 Schlussfolgerungen**

Das wesentliche Ergebnis der vorliegenden Untersuchung ist der Nachweis einer abgrenzbaren Gruppe von Patientinnen, die am Anfang ihres Klimakteriums mit Verleugnung reagieren, d.h., dass sie trotz mehrfacher Aufklärung das Ausbleiben der Regelblutung als Schwangerschaftszeichen fehlinterpretieren.

Aus der Literatur zum Klimakterium ist bekannt, dass es sich um einen bedeutsamen Lebensabschnitt der Frau mit großen Auswirkungen auf ihre weibliche Identität handelt (Schlesinger-Kipp 2002). Die hier untersuchte Verleugnung des Klimakteriums ist zwar aus der klinischen Praxis bekannt, jedoch bisher in der Literatur weder beschrieben noch untersucht worden.

Eine klinische Vorstudie erbrachte als gemeinsamen Befund die Angst vor dem endgültigen Verlust der Fruchtbarkeit bei diesen Frauen. Im einzelnen



Fall stehen hinter dieser Angst sehr unterschiedliche Lebensgeschichten und Persönlichkeiten. Exemplarische Fallberichte zeigen das Spektrum der unterschiedlichen Verarbeitungsmöglichkeiten. Es konnte dargestellt werden, dass die untersuchte Klimakteriumsverleugnung das Fehlen der sicheren Wahrnehmung von Körpereigenschaften umfasst.

Um das Gemeinsame dieser Frauen näher zu erforschen, wurde eine vergleichende Untersuchung zwischen einer Gruppe von Frauen, die den Beginn ihres Klimakteriums hartnäckig fehldeuteten und einer Kontrollgruppe klimakterischer Frauen, die ihre Symptome richtig zuordnen konnten, durchgeführt. Die Untersuchung konnte signifikante Unterschiede aufzeigen. Im Einzelnen zeigten sich als soziodemographische Unterschiede die seltenere Berufstätigkeit und das geringere Ausbildungsniveau der „verleugnenden“ Frauen, was Befunde von von Armin-Baas (1995) und Kirchengast (1992a) bestätigt.

Weiter zeigte die Studie, dass „Verleugnerinnen“ deutlichere Anzeichen von Depressivität aufwiesen als die nicht verleugnenden Probandinnen. Auch dieses Ergebnis entspricht der Forschungslage (Avis und McKinlay 1991). Im Lichte der klinischen Vorstudie könnte dieser Befund auch durch einen blockierten Trauerprozess bei den „verleugnenden“ Frauen erklärt werden.

Analog zu den Befunden von Wessel et al. (1999) zur verleugneten Schwangerschaft konnte auch beim verleugneten Klimakterium nachgewiesen werden, dass diese Frauen im Umgang mit ihrem Körper unsicherer sind und ein gestörtes Selbstbild sowie ein gestörtes Körpererleben haben. Sie „versagen“ bei der adäquaten Perzeption und Beurteilung der Körpersignale des Älterwerdens. Dieser Befund ist zu sehen vor dem Hintergrund weiterer nachgewiesener Ergebnisse: Die Probandinnen zeigen allgemein mangelndes Selbstvertrauen in Wahrnehmung und Bewertung eigener körperlicher Vorgänge, ein gestörtes Körperbild und eine konservativere und klischeehaftere Einstellung zur Sexualität. Dieser letztere Unterschied geht über die allgemein zu beobachtende Zunahme konservativer Sexualvorstellungen im Alter hinaus. Es waren eben gerade die „Verleugnerinnen“, die restriktive Vorstellungen vertraten. Dieser

Einstellungsunterschied korreliert mit einem ebenfalls deutlich signifikanten Unterschied in Flexibilität und Neurotizismus. Gerade der Neurotizismuswert ist von großer Bedeutung, verweist er doch auf eine konstante Persönlichkeitseigenschaft der hier untersuchten Gruppe von Patientinnen, die die Wahrnehmung des Klimakteriums verleugnen. Sie entspricht dem parallelen Befund von Bosworth et. al. (2003), dass Frauen mit höherem Neurotizismuswert die Menopause insgesamt als belastender empfinden.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sind relevant für die gynäkologische Praxis, da sie dem Arzt erlauben, das Phänomen des verleugneten Klimakteriums zu erkennen und zu benennen. Dieses Wissen ermöglicht es dem Arzt, eine unterstützende Funktion in seiner Beziehung auch zu verleugnenden Patientinnen einzunehmen. Damit wird auch für solche Patientinnen die Chance erhöht, die Wechseljahre nicht nur als Krise, sondern auch als neue Perspektive zu sehen.

## C. Literaturverzeichnis

- Adler R, Hemmeler W. 1990. Praxis und Theorie der Anamnese. Dritte Aufl. Stuttgart, New York: Fischer 1997.
- Albertazzi P, Pansini F, Bonaccorsi G, Zanotti G, Forini E, De Aloysio D. 1998. The effect of dietary soy supplementation on hot flushes. *Obstet Gynecol*, 91:6-11.
- Allen E, Doisy E. 1923. An ovarian hormone: preliminary report on its localization, extraction and partial purification and action in test animals. *JAMA*, 81/1923, 819-821.
- Anderson E, Hamburger S, Liu JH, Rebar RW. 1987. Characteristics of menopausal women seeking assistance. *Am J Obstet Gynecol*, 156/1987, 428-433.
- Antonijevic IA, Stalla GK, Steiger A. 2000. Modulation of the sleep electroencephalogram by estrogen replacement in postmenopausal women. *Am J Obstet Gynecol*, 182/2000, 277-282.
- Appelt H, Strauß B. 1988. Psychoendokrinologische Gynäkologie. Stuttgart: Enke.
- Appelt H. 1988. Ergebnisse psychoendokrinologischer Forschung in der Gynäkologie – Überblick und praktische Relevanz. In: Appelt H, Strauß B. 1988. Psychoendokrinologische Gynäkologie. Stuttgart: Enke, 37-65.
- Arentewicz G, Bulla R, Schoof-Tams K, Schorsch E. 1975. Verhaltenstherapie sexueller Funktionsstörungen. Erfahrungen mit 23 Paaren. In: Schorsch E, Schmidt G. Hrsg. Ergebnisse zur Sexualforschung. Köln: Kiepenheuer & Witsch, 154-224.
- Arnim-Baas A. von 1995. Befindlichkeit von Frauen im Klimakterium: Persönlichkeit. Berufstätigkeit und Beschwerdebild. München: Quintessenz.
- Avis NE, McKinlay SM. 1991. A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause: results from the Massachusetts Women's Health Study. *Maturitas*, 13/1991, 65-79.
- Bachmann GA. 1993. Sexual function in the Perimenopause. *Obstet Gynaecol Clin North Am*, 20/1993: 379-389.
- Balint M. 1963. Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Frankfurt/M.: Fischer-Verlag.
- Ballinger CB. 1990. Psychiatric aspects of the menopause. *Br J Psychiatry*, 156/1990, 773-787.

- Bayene Y. 1989. From menarche to menopause. Reproductive lives of peasant woman in two cultures. New York: State University of New York Press.
- Beauvoir S. de 1968. dt. Eine gebrochene Frau. Reinbek: Rowohlt 1969.
- Beauvoir S. de 1970. dt. Das Alter. Reinbek: Rowohlt 1972.
- Beckermann, M J. 2001. Evaluation epidemiologischer Studien zur Östrogen-Gestagen-Hormontherapie. Schweiz Med Forum, 5:91-119.
- Behringer W, Hrsg. 1988. Hexen und Hexenprozesse in Deutschland, München.
- Bem SL. 1977. On the utility of alternative procedures for assessing psychological androgyny. J Consulting Clin Psychol, 45/1977, 196-205.
- Bernesderfer, S. 1996. A revised psychoanalytic view of menopause. J Am Psychoanal Assoc, 44/1996 (Suppl.), 351-369.
- Benedek T. 1950. Climacterium: A Developmental Phase. Psychoanal Q, 19/1950, 1-27.
- Bergler R. 1984. Psychohygiene der Menstruation. Bern: Huber.
- Bitzer J. 2000. Psychosomatische Sichtweise der Menopause. J Menopause. 4/2000, 7-14.
- Blum HP. Hrsg. 1977. Female Psychology: Contemporary psychoanalytic views. New York: Int. Univ. Press.
- Borkenau P, Ostendorf F. 1991. Ein Fragebogen zur Erfassung fünf robuster Persönlichkeitsfaktoren. Diagnostica, 37/1991, 29-41.
- Bosworth HB, Bastian LA, Rimer BK, Siegler IC. 2003. Coping styles and personality domains related to menopausal stress. Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health 13/2003 (1):32-38.
- Brähler E, Strauß B, Hessel A, Schumacher J. 2000. Normierung des Fragebogens zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK) an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. Diagnostica, 46,156-164.
- Breuer J, Freud S. 1895. Studien über Hysterie. Frankfurt/M: Fischer 1970.(= Fischer Tb. 6001).
- Buhrmann JF, Ahrens S. 1997. Die ärztliche Untersuchung. In: Ahrens S. Hrsg. Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin. Stuttgart: Schattauer 1997, 155-162.
- Cagnazzi A, Volpe A, Arangino S, Malmusi S, Draetta FP, Matteo ML, Machio E, Vacca AMB, Melis GB. 1997. Depression and anxiety in climacteric women: role of hormone replacement therapy. Menopause, 4/1997, 206-211.

- Caspi A, Moffitt TE. 1991. Individual difference are accentuated during periods of social change: The sample case of girls at puberty. *J Pers Soc Psychol*, 61/1991, 157-168.
- Cawood EHH, Bancroft J. 1996. Steroid hormones, the menopause, sexuality and the well-being of woman. *Psychol Med*, 26/1996, 925-936.
- Channon LD, Ballinger SE. 1986. Some aspects of sexuality and vaginal symptoms during menopause and their relation to anxiety and depression. *Brit J Med Psychology*, 59/1986, 173-180.
- Chasseguet-Smirgel J. Hrsg. 1964. dt. Psychoanalyse der weiblichen Sexualität. Frankfurt/M: Suhrkamp 1974.
- Collins A, Landgren BM. 1997. Psychosocial factors associated with the use of hormone replacement therapy in a longitudinal follow-up of Swedish women. *Maturitas*, 28/1997, 1-9.
- Costa PT, McCrae RR. 1985. The NEO Personality Inventory. Manual Form S and Form R. Odessa, Florida: Psychological Assessment Ressources.
- Costa PT, McCrae RR. 1989. NEO PI/FFI Manual Supplement. Odessa, Florida: Psychological Assessment Ressources.
- Creuzfeldt-Clees C. 1992. Frauen und Hormone. Zürich: Kreuz .
- Cutler WB, Garcia CR, Mc Coy N. 1987. Perimenopausal sexuality. *Arch Sex Behav*, 16/1987, 225-236.
- Decker O. 2004. Der Prothesengott. Subjektivität und Transplantationsmedizin. Gießen: Psychosozial.
- Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL., Burger H. 1997. Sexuality, hormones and the menopausal transition. *Maturitas*, 26/1997, 83-93.
- Deutsch H. 1924. The menopause. *Int J Psychoanal*, 65/1984, 55-62.
- Distler W. 1986. Epidemiologische und sozialmedizinische Aspekte des Klimakteriums. *Gynäkologe*, 19/1986, 199-201.
- Dittkoff EC, Crary WG, Christo M, Lobo RA. 1991. Estrogen improves psychological function in asymptomatic postmenopausal women. *Obstet Gynecol*, 78/1991, 991-995.
- Ditz S. 2000. Klimakterium. In: Neises M, Ditz S, Hrsg. Psychosomatische Grundversorgung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Thieme, 122-136.
- Doi, T. 1973, dt.: Amae. Freiheit in Geborgenheit. Zur Struktur japanischer Psyche Frankfurt/M.: Suhrkamp 1982 (=es 1128).
- Edman CD. 1983. The climacteric. In: Buchsbaum HJ, Hrsg. The menopause. Heidelberg, New York: Springer.
- Erikson EH. 1959. dt.: Identität und Lebenszyklus. Frankfurt/M: Suhrkamp 1973 (=stw 16).

- Eysenck HJ und Eysenck MW. 1987. Persönlichkeit und Individualität, ein naturwissenschaftliches Paradigma. Psychologie Verlags Union, München – Weinheim.
- Fervers-Schorre B. 2004. Die Autonomie der Frau und die öffentliche Indoktrination – ein inakzeptabler Widerspruch. *Gyne*.10.2004,165-168.
- Freud A. 1936. Das Ich und die Abwehrmechanismen. In: Die Schriften der Anna Freud, München: Kindler 1980, Bd. I:193-36
- Freud S. 1894. Die Abwehr-Neuropsychosen. Versuch einer psychologischen Theorie der erworbenen Hysterie, vieler Phobien und Zwangsvorstellungen und gewisser hallucinatorischer Psychosen. Wiederabgedruckt in: ders.: Gesammelte Werke. London: Imago 1940-1952 Bd. 5 [=G.W. I], , 59-74.
- Freud S. 1905. Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Leipzig, Wien: Deuticke. G.W. V, 27-145.
- Freud S. 1912. Über neurotische Erkrankungstypen. G.W. VIII, 322-330.
- Freud S. 1937. Die endliche und die unendliche Analyse. G.W. XVI, 59-99.
- Gath D, Iles S. 1990. Depression and the menopause. *BMJ* 300/1990, 1287-1288.
- Geist SH, Spielman F. 1932. The therapeutic value of amniotin in the menopause. *Am J Obstet Gynecol* 23/1932, 697.
- Goldstein MK, Teng NNH. 1991. Gynecological factors in sexual dysfunction of the older women. *Clinics in Geriatric Medicine*, 7:41-61.
- Gray JA. 1970. The Psychophysiological Basis of Introversion-Extroversion. *Behav Res Ther*, 8, 249-266.
- Graziottin A. 2000. Libido: the biologic scenario. *Maturitas* 34/2000, Suppl. 1, 9-16.
- Greene J. 1984. The social and psychological origins of the climacteric syndrome. New Hampshire: Gower Aldershot.
- Gromus B. 1993. Weibliche Phantasien und Sexualität. München: Quintessenz-Verlag.
- Guo SS, Zeller C, Chumlea WC, Sirvogel RM. 1999. Ageing, body composition, and lifestyle: The Fels Longitudinal study. *Am J Clin Nutr*, 70/1999, 405-411.
- Hauser GA, Huber JC, Keller PJ, Lauritzen C, Schneider HPG. 1994. Evaluation der klimakterischen Beschwerden (Menopause Rating Scale). *Zentralbl Gynäkol*, 116/1994, 16-23.
- Hauser GA. 1995. Hormonsituation und Hormonsubstitution im Klimakterium der Frau. *Psychomed*, 7/1995, 206-216.

- Hauser GA. 1999. Häufigkeit der einzelnen klimakterischen Symptome und ihr unterschiedliches Ansprechen auf die Hormonersatztherapie. *J Menopause* 6/1999, 44-50.
- Hay AG, Bancroft J, Johnstone EC. 1994. Affective symptoms in women attending a menopause clinic. *Br J Psychiatry*, 164/1994, 513-516.
- Heinsohn G, Steiger O. 1987. Die Vernichtung der weisen Frau. *Zit. nach Fiedler, M. 2004. Klimakteriumdepression – ein notwendiges Übel?. J Menopause*, 1/2004, 19-21.
- Hunter MS, Buttersby R, Whitehead M. 1986. Relationships between psychological symptoms, somatic complains and menopausal status. *Maturitas*, 8/1986, 217-228.
- Hunter MS. 1990. Somatic experience of the menopause: a prospective study. *Psychosom Med*, 52/1990, 357-367.
- Hunter MS. 1992. The south-east England longitudinal study of the climacteric and postmenopause. *Maturitas*, 14/1992, 117-126.
- Joffe WG., Sandler J. 1967. Kommentare zur psychoanalytischen Anpassungspsychologie mit besonderem Bezug zur Rolle der Affekte und der Repräsentanzenwelt. *Psyche Z Psychoanal*, 21:728-744.
- Jürgensen O. 1990. Erfahrungen aus einer Menopausensprechstunde. *Sexualmedizin* 19/1990, 34-46.
- Kaufert PA, Gilbert P, Tate R. 1992. The Manitoba project: a re-examination of the link between menopause and depression. *Maturitas*, 14/1992, 143-155.
- Kaufert PA. 1994. A health and social profile of the menopausal women. *Exp Gerontol*, 29/1994, 343-350.
- Keep P van, Serr DM, Greenblatt RB. Hrsg. 1978. Female and male climacteric. Lancaster: MTP Press.
- Kestenberg JS. 1980. The inner-genital phase – prephallic and preoedipal. In: Mendel D. Hrsg. Early female development – contemporary psychoanalytic views. New York, London, Spectrum 1982, 81-125.
- Kirchengast S, Hartmann B, Gruber D, Huber J. 1996. Decreased sexual interest and its relationship to body build in postmenopausal women. *Maturitas* 23/1996, 63-71.
- Kirchengast S. 1992a. Der Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf den Zeitpunkt der Menopause und den Verlauf des Klimakteriums. *Z Gerontol*, 25/1992, 128-133.
- Kirchengast S. 1992b. Relations between fertility, body shape and menopause in Austrian women. *J Biosocial Sc*, 24/1992, 555-559.
- Krasberg U. 2000. Nach den Wechseljahren: Frauen im griechischen Dorf. In: Kosack, G, Krasberg, U. Hrsg. Regel-lose Frauen. Wechseljahre im Kulturvergleich. Königstein/Ts.: Ulrike Helmer, 64-80.

- Krengel M. 2002. Weibliche Sexualität und Wechseljahre. Frauen im indischen Himalaya. In: Kosack, G, Krasberg, U. Hrsg. Regel-lose Frauen. Wechseljahre im Kulturvergleich. Königstein/Ts.: Ulrike Helmer, 95-117.
- Kronenberg F, Cote LJ, Linkey DM, Dyrenfurth I, Downey JA. 1984. Menopausal hot flashes: Thermoregulatory, cardiovascular and circulating catecholamine and LH changes. *Maturitas*, 6/1984, 31-43.
- Kuh D; Hardy R; Rodgers B; Wadsworth ME. 2002. Lifetime risk factors for women's psychological distress in midlife. *Social science & medicine*; 55/ 2002 H.11, 957-73.
- Kuh DL, Wadsworth M, Hardy R. 1997. Women's health in midlife: the influence of the menopause, social factors and health in earlier life. *Br J Obstet Gynecol*, 104/1997, 923-933.
- Kuhl H, Taubert HD. 1987. Das Klimakterium. Stuttgart: Thieme.
- Kuhl H. 1999. Klimakterium, Postmenopause und Hormonsubstitution. Bremen: Uni-Med Verlag, 2. Auflage 2001.
- Kupperman HS, Blatt MHG, Wiesbader H, Filler W. 1953. Comparative clinical evaluation of estrogen preparation by the menopausal and amenorrhoeal indices. *J clin endocr*, 13/1953, 688-703.
- Lambertini G. 1978. Die Schule von Salerno und die Universitäten von Bologna und Padua. In: Sournia JC, Poulet J, Marny M, Hrsg. Illustrierte Geschichte der Medizin. Vaduz: Andreas & Andreas.
- Laplanche J, Pontalis JB. 1967. Das Vokabular der Psychoanalyse. 2 Bände. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1967.
- Lax R. 1982. The expectable depressive climacteric reaction. *Bull Menninger Clin*, 46/1982, 151-167.
- Lazarus RS. 1966. Psychological stress and the coping process. New York: Mc Graw Hill.
- Lehr U. 1966. Zur Problematik des Menschen im reiferen Erwachsenenalter – Eine sozialpsychologische Interpretation der ‚Wechseljahre‘. *Psychiatr Neurol Med Psych*, 18/1966, 59-62.
- Lehr U. 1978. Die Situation der älteren Frau – psychologische und soziale Aspekte. *Z Gerontol*, 11/1978, 6-26.
- Lichtenberg JD, Slap JW. 1971. On the defensive organization. *Int J Psychoanal*, 52: 451-461.
- Lichtenberg JD, Slap JW. 1972. On the defensive mechanisms: a survey and synthesis. *J Am Psychoanal Assn*, 20:776-792.
- Lo Piccolo J. 1991. Counseling and therapy for sexual problems in the elderly. *Clin Geriatr Med*, 7/1991, 161-179.



- Lock M. 2002. Japanische Frauen in den Wechseljahren und die alternde Gesellschaft. In: Kosack, G, Krasberg U, Hrsg. Regel-lose Frauen. Wechseljahre im Kulturvergleich. Königstein/Ts.: Ulrike Helmer, 119-131.
- Longfellow HW. 1875. Morituri Salutamus. In: The Complete Poems Of Henry Wadsworth Longfellow, 371. e-book.  
<http://www.bookrags.com/ebooks/1365/4.html>
- Mann T. 1953. Die Betrogene. In: ders. Sämtliche Erzählungen in zwei Bänden. Bd. 2, Frankfurt/M.: S. Fischer 1966, 1038-1121.
- Maoz B, Antonovsky A, Apter A, Wijzenbeek H. und Datan N. 1977. The perception of menopause in five ethnic groups in Israel. Acta Obstet Gynecol Scand Suppl 65, 69-76.
- Masters WH, Johnson VE. 1966. dt. Die sexuelle Reaktion. Reinbek: Rowohlt 1970.
- Mayer EL. 1985. 'Everybody must be just like me': observation on female castration anxiety. Int J Psychoanal, 66:331-347.
- McCoy NL. 1985. A longitudinal study on the effects of menopause on sexuality. Maturitas 7/1985, 203-210.
- McCrae RR, Costa PT Jr. 1990. Personality in adulthood. New York: Guilford.
- McCrae RR, Costa PT Jr., Ostendorf F, Angleitner A, Hebríková M, Avia MD, Sanz J, Sánchez-Bernardos ML, Kusdil ME, Woodfield R, Saunders PR, Smith PB. 2000. Nature over nurture: Temperament, personality, and lifespan development. Journal of Personality and Social Psychology, 78, 173-186.
- McKinlay JB, McKinlay SM, Brambilla D. 1987. The relative contributions of endocrine changes and social circumstances in mid-aged women. J Health Soc Behav, 28/1987, 345-363.
- McKinlay SM, Brambilla DJ, Posner JG. 1992. The normal menopause transition. Maturitas; 14/1992, 103-115.
- Mertens W. 1992. Entwicklung der Psychosexualität und Geschlechtsidentität Band 1: Geburt bis 4. Lebensjahr. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens W. 1994. Entwicklung der Psychosexualität und Geschlechtsidentität Band 2: Kindheit und Adoleszenz. Stuttgart: Kohlhammer.
- Morgan E, Engel GL. 1977. Der klinische Zugang zum Patienten. Bern, Stuttgart, Wien: Huber 1977.
- Morley JE. 1991. Endocrine factors in geriatric sexuality. Clinics in Geriatric Medicine, 7:85-93.
- Murkies AL, Lomard C, Strauss BJG, 1995. Dietary flour supplementation decreases post-menopausal hot flushes: Effect of soy and wheat. Maturitas, 21:189-195.

- Neises M. 2002. Sexualität und Menopause. *Sexuologie* 9 (4):160-169.
- Nestler V, Sies C. 1991. Das Klimakterium aus psychosozialer Sicht. In: Davies-Osterkamp S, Hrsg. *Psychologie und Gynäkologie*. Weinheim (VCH), 48-55.
- Neugarten BL, Wood V, Kraines RJ, Loomis B. 1963. Women's attitudes towards the menopause. *Hum Dev (Vita Humana)*, 6/1963, 140-151.
- Nicol-Smith L. 1996. Casualty, menopause, and depression: a critical review of the literature. In: *BMJ*, 313/1996, 1229-1232.
- Oldenhav A. 1994. Some aspects of sexuality during the normal climacteric. In: Berg G, Hammer M, Hrsg. *The modern management of the menopause*. London: Parthenon, 605-615 .
- Penotti M, Fabio E, Modena AB, Rinaldi M, Omodei U, Vigano P. 2003. Effect of soy-derived isoflavones on hot flushes, endometrial thickness, and the pulsatility index of the uterine and cerebral arteries. *Fertil Steril*, 2003 May, 79(5):1112-1117.
- Pines D. 1988. Wozu Frauen ihren Körper unbewusst benutzen. *Z Psychoanal Theor Prax*, 3/1988, 94-112.
- Polit D, La Rocco S. 1980. Social and psychological correlates of menopausal symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 42/1980, 335-345.
- Porter M, Penney GC, Russell D, Russell E, Templeton A. 1996. A population based survey of women's experience of the menopause. *Br J Obstet Gynecol* 103/1996, 1025-1028.
- Quitmann S, Gärtner S, Bohnet H. 1988. Zu den Grundlagen der endokrinologischen Gynäkologie. In: Appelt H, Strauß B. 1988. *Psychoendokrinologische Gynäkologie*. Stuttgart: Enke, 16-36.
- Raguse-Stauffer B. 1990. Psychoanalytische Überlegungen zu Klimakterium und Menopause. *Z Psychoanal Theor Prax*, 5/1990, 322-335.
- Richardson SJ, Senikas V, Nelson JF. 1987. Follicular depletion during the menopausal transition: evidence for accelerated loss and ultimate exhaustion. *J Clin Endocrinol Metab*, 65/1987, 1231-1237.
- Riley AJ, 1991, Sexuality and the menopause. Special issue: Physical state and sexuality. *Sexual and Marital Therapy*, 6/1991, 135-146.
- Rohde A, Marneros A. 1992. Prämenstruelles Syndrom: Eine diagnostische Crux. *Sexualmedizin*, 21/1992, 472-480.
- Rohde-Dachser C. 1991. Expedition in den dunklen Kontinent. Weiblichkeit im Diskurs der Psychoanalyse. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Rosemeier HP und Zerdick Y. 1995. Intimität und Klimakterium. *Psychomed*, 7/1995, 223-226.

- Rosemeier HP, Schultz-Zehden B. 1994. Psychologische Aspekte des Klimakteriums. In: Fischl FH, Huber JC, Hrsg. Menopause. 2., ergänzte Auflage Wien: Krause und Pachernegg 2000, 21-28.
- Rosemeier HP, Schulz-Zehden B. 1996. Berliner Fragebogen zum Klimakteriumserleben. unveröffentlichter Projektbericht, Freie Universität Berlin FB Humanmedizin, Institut für. Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Benjamin Franklin.
- Rozenbaum H. 1998. 100 Jahre Hormonsubstitutionstherapie. In: Birkhäuser, M. und H. Rozenbaum, Hrsg. IV Europäischer Menopause-Kongress, Wien, Ed. ESKA: 14-25.
- Rudolph I, Silbereisen RK, Reitzle M. 1999. Persönlichkeit und klimakterisches Syndrom: Eine Untersuchung zum Einfluss der Stärke allgemeiner psychischer Instabilität und der Einnahme eines Hormonpräparates auf das klimakterische Beschwerdebild. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 7/1999, 120-132.
- Sayegh RA, Kelly L, Wurtman J, Deitch A, Chelmow D. 1999. Impact of hormone replacement therapy on the body mass and fat composition of menopausal women., A cross sectional study. Menopause, 6/1999, 312-315.
- Schlesinger-Kipp, G. 2002. Weibliche Entwicklung in den Wechseljahren. Psyche Z Psychoanal, 56/2002, H. 9/10, 1007-1030.
- Schmidt PJ, Roca CA, Bloch M, Rubinow DR. 1997. The perimenopause and affective disorders. Semin Reprod Endocrinol, 15/1997, 91-100.
- Schultz-Zehden B, Rosemeier HP. 1995. Medizinpsychologische Aspekte des Klimakteriums. Psychomed 7, 217-222.
- Schultz-Zehden, B. 1998. Gesundheitsrelevante Einstellungen zum Älterwerden. Der Frauenarzt, 39/1998, 6220-6224.
- Schultz-Zehden, B. 2003. Anti-Aging und der Wunsch nach mehr Lebensqualität im Alter. GynoPanorama, 6/2003, 11-13.
- Schultz-Zehden, B. 1997. Körpererleben im Klimakterium. München: Profil.
- Seehafer P. 1999. Eine empirische Untersuchung zum Einfluss psychologischer Faktoren auf das Erleben der Menopause. [Magisterarbeit]. Hamburg: Universität Hamburg.
- Seehafer P. 2000. Der Einfluss psychosozialer Faktoren auf das Erleben der Menopause. J Menopause, 4/2000, 16-20.
- Sinclair M, Bond C, Taylor R. 1993. Hormon replacement therapy: A study of women's knowledge and attitudes. Br J Gen Practice, 43/1993, 365-370.
- Sontag S. 1972. The double standard of aging. Saturday review. 55:29-38.

- Steffens W, Kächele H. 1988. Abwehr und Bewältigung - Mechanismen und Strategien: Wie ist eine Integration möglich? In: Kächele H, Steffens W, Hrsg. Bewältigung und Abwehr – Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten, , Berlin Heidelberg New York Tokio: Springer.
- Stoller R. 1975. The Presentation of Gender. New Haven: Yale Univ. Press.
- Stone AB und Perlstein TB. 1994. Evaluation and treatment of changes in mood, sleep, and sexual functioning associated with menopause. Obstet Gynecol Clin North Am, 21/1994, 391-403.
- Strauß B (1988): „Entwicklung der Psychoendokrinologie und ihrer diagnostischen Methoden“ in: Appelt H, Strauß B (1988): *Psychoendokrinologische Gynäkologie*. Stuttgart: Enke, 1-15
- Strauß B, Appelt H. 1983. Ein Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers. Diagnostica, 29, 145-164.
- Strauß B, Richter-Appelt H. 1996. Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBek). Göttingen: Hogrefe.
- Sydow K von, Reimer C. 1995. Psychosomatik der Menopause: Literaturüberblick 1988-1992. Psychother Psychosom med Psychol, 45/1995, 225-236.
- Sydow K von. 1992. Eine Untersuchung zur weiblichen Sexualität im mittleren und höheren Erwachsenenalter. Zeitschrift für Gerontologie. 25:105-112.
- Te Velde ER, Dorland, M, Broekmans FJ. 1998. Age at menopause as a marker of reproductive ageing. Maturitas, 30/1998, 119-125.
- Tice JA, Ettinger B, Ensrud K, Wallace R, Blackwell T, Cummings SR. 2003. Phytoestrogen supplements for the treatment of hot flashes: the Isoflavone Clover Extract (ICE) study: a randomized controlled trial. JAMA. 2003, Jul 9;290(2):207-14.
- Tilt EJ. 1850. Reflections on a late discussion.at the Royal Medical and Chirurgical Society, with Remarks on the Structure of the Neck an Womb, and one of the Numerous Forms of Disease to which it is Liable. Lancet, 2/1850, 173.
- Tilt EJ. 1857. The change of life in health and disease. A practical treatise on the nervous and other affections incidental decline of life. 2<sup>nd</sup> edition John Churchill, London.
- Torgerson DJ, Avenell A, Russell IT, Reid DM. 1994. Factors associated with onset of menopause in women aged 45-49. Maturitas 19: 83-92.
- Utian WH. 1991. Menopause – A proposed new functional definition. Maturitas 14/1991, 1f.

- Viek P. 1997. Stabilität und Veränderung von Extraversion, Neurotizismus und Rigidität im Erwachsenenalter über einen Zeitraum von 28 Jahren: Neue Ergebnisse zur Längsschnittuntersuchung von K. Gottschaldt. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 29, 350-359.
- Vincent JF. 2002. Die Menopause: Weg in die Freiheit. Die Beti-Frauen in Südkamerun“ In: Kosack, G, Krasberg U, Hrsg. Regel-lose Frauen. Wechseljahre im Kulturvergleich. Königstein/Ts.: Ulrike Helmer, 152-161.
- Weideger P. 1978. Female Cycles. London: The Women's Press.
- Wessel J, Schmidt S, Strauß B. 1999. Körpererleben bei Frauen mit nicht wahrgenommener (verdrängter) Schwangerschaft. Sexuologie, 6 (1), 2-17.
- Whitehead MI, Fraser D, Schenkel L, Crook D, Stevenson JC. 1990. Transdermal administration of estrogen/progestagen replacement therapy. Lancet 335 (8685), 310-312.
- WHO Scientific Group 1981. Research on the menopause. WHO Techn Rep Ser, 670/1981, 3-120.
- Wilbush J. 1980. The Female Climacteric. Oxford University Press, Oxford.
- Wille R. 1991. Sexualität im Alter. Psychomed, 4/1991, 52-55.
- Wilson R, Brevetti, RE, Wilson TA. 1963. Specific procedures for the elimination of the menopause. West J Surg Obstet Gynecol, 71/1963, 110-121.
- Wilson R. 1966. Feminine forever. London: Allen.
- Wolf A. 1997. Beschwerden der Wechseljahre und Altersveränderungen an Urogenitale und Mammae. In: Lauritzen C, Hrsg. Altergynäkologie. Die ältere Frau in der gynäkologischen Sprechstunde: Prävention, Therapie und Beratung. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 89-101.
- Zank S. 1999. Sexualität im Alter, Sexuologie, 6 (2) 1999, 65-87.

## **D. Anhang**

Auf einen Abdruck der detaillierten statistischen Auswertung im Anhang wurde aus Platzgründen verzichtet. Die vollständige Auswertung kann auf Verlangen zugestellt werden.

Inhalt:

### **D1 Fragebögen**

Fragebogen zum Klimakteriumserleben

Fragebogens zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK)

NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)

Fragebogen zu den Einstellungen zur Sexualität

### **D2 Anstieg und exemplarische Titel der Menopause-Literatur 1900-2005 in der Library of Congress**

### **D3 Lebenslauf**

### **D4 Danksagung**

### **D5 Ehrenwörtliche Erklärung**

## Fragebogen zum Klimakteriumserleben

## Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK)



## NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)

## Fragebogen zu den Einstellungen zur Sexualität

## Anstieg und exemplarische Titel der Menopause-Literatur 1900-2005 in der Library of Congress - allgemein und "popular works"

(Recherche im Onlinekatalog der Library of Congress vom 26.4.05)

	total	popular works	typische Beispiele populärer Titel
1901-1905	0		
1906-1910	0		
1911-1915	1		Fischer-Dückelmann, Anna: Gesunde Frauen, Berlin: Hesperus 1911
1916-1920	1		Gallichan, Walter Matthew, The critical age of woman, London: Laurie
1921-1925	2		Robinson, William Josephus, The menopause or change of life; woman's critical age, its dangers and disorders, their prevention and treatment, New York: Critic and guide company
1926-1930	0		
1931-1935	2		Podolsky, Edward, Young women past forty; a modern sex and health primer of the critical years New York: National Library Press 1934
1936-1940	2		Damrau, Frederic, Nervous symptoms of the menopause, their symptomatic relief by sedatives, [St. Louis, Dios chemical company, 1938]
1941-1945	2		The treatment of menopause symptoms with bromides in synergistic combination. [St. Louis, Dios chemical co., 1942]
1946-1950	4		Lincoln, Miriam, You'll live through it; facts about the menopause. New York, Harper [1950]
1951-1955	4		Gray, Madeline The changing years; what to do about the menopause. Garden City, N.Y., Doubleday, 1951
1956-1960	7		Applebaum, Stella B. Understanding your menopause, with Nadina R. Kavinoky. [1st ed. New York, Public Affairs Committee, 1956] Hutton, Isabel Galloway Emslie. Woman's prime of life. New York, Emerson Books, 1959
1960-1965	4		Walsh, Ann Carter, E.R.T.: the pills to keep women young. New York, Bantam Books [1965]
1966-1970	16		Wilson, Robert A. Feminine forever. New York: Evans [1966] Carson, Ruth, Your menopause. [1st ed. New York, Public Affairs Committee, 1970]
1971-1975	19	1	Irwin, Theodore D., Male "menopause" : crisis in the middle years. 1st ed. [New York] : Public Affairs Committee, 1975 Cooper, Wendy. Don't change : a biological revolution for women. New York : Stein and Day, 1975.
1976-1980	47	2	Newman, Jo Hynes. Our own harms : the startling facts behind menopause and estrogen therapy. Newport Beach, Calif. : Quail Street Pub. Co., c1976 Fuchs, Estelle. The second season : life, love, and sex : women in the middle years. Garden City, N.Y. : Anchor Press, 1977
1981-1985	34	3	Budoff, Penny Wise. No more hot flashes, and other good news. New York: Putnam, c1983

1986-1990	56	11	<p>Is it hot in here? A film about menopause / National Film Board of Canada Pacific Studio ; directors, Laura Alper, Haida Paul ; producer, Jennifer Torrance. 1986</p> <p>Downing, Christine, Journey through menopause : a personal rite of passage. New York : Crossroad, 1987</p> <p>Ojeda, Linda. Menopause without medicine : feel healthy, look younger, live longer. Claremont, CA : Hunter House, 1989</p> <p>HRT and osteoporosis / edited by J.O. Drife and J.W.W. Studd. London ; New York : Springer-Verlag, c1990</p>
1991-1995	120	44	<p>Menopause : journal of the North American Menopause Society. New York: Raven Press, Vol. 1, no. 1 (spring 1994)</p> <p>Hot flashes : women writers on the change of life / edited by Lynne Taetzsch. Boston : Faber and Faber, c1995</p> <p>Cherry, Sheldon H. The menopause book : a guide to health and well-being for women after forty / Carolyn D. Runowicz. New York : Macmillan 1994.</p> <p>Coney, Sandra. The menopause industry : how the medical establishment exploits women . 1st U.S. ed. Alameda, CA : Hunter House, 1994</p>
1996-2000	187	42	<p>Bails, Roberta Collins. The path of the wise woman : a tale of the spiritual and mythic dimensions of menopause. Bethlehem, Pa. : Midlife House, Inc., 1996</p> <p>Daimler, Renate. Lust auf 50 : Frauen am Wendepunkt Wien: Deuticke 1999</p> <p>Evans, Marie. Red hot mamas do menopause with style / and Ann Shakeshaft. Naperville, IL : Hysteria Publications, c1999</p> <p>Grogan, Bryanna Clark, Soyfoods cooking for a positive menopause. Summertown, Tenn. : Book Pub., 1999</p> <p>Collins, Joseph, N.D. What's your menopause type? / Joseph Collins. Roseville, Calif. : Prima Health, c2000.</p>
2001-2005	166	50	<p>Age ain't nothing but a number: Black women explore midlife / edited by Carleen Brice. Boston : Beacon Press, c2003</p> <p>Bruno, Emily G. Ironwomen never rust : making memories while managing menopause / by Emily G. Bruno. 1st ed. Nashville, Tenn. : Westview Pub., c2003</p> <p>Wiley, T. S. Sex, lies, and menopause : the shocking truth about hormone replacement therapy / with Julie Taguchi and Bent Formby. 1st ed. New York : Morrow, c2003</p> <p>Your perfectly pampered menopause : a health, beauty, and lifestyle advice for the best years of your life / Colette Bouchez. New York : Broadway, 2005</p>

## Lebenslauf

Pramataroff, Vivian, geb. Stojanova

20.11.1957	geboren in Burgas/Bulgarien
1976	Allgemeine Hochschulreife am Englischen Gymnasium Burgas
1976-1982	Studium der Medizin an der Universität Varna
1982-1983	Assistenzärztin an der gynäkologischen Abteilung des Bezirkskrankenhauses Burgas
1983-1986	Facharztausbildung am nationalen Forschungszentrum für Gynäkologie (Medizinische Akademie Sofia) mit Abschluß Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe
1987-1990	Oberärztin an der gynäkologischen Abteilung des Bezirkskrankenhauses Burgas
1988	Einreichung und fachliche Akzeptierung einer Dissertation „Psychosomatische Aspekte von Präeklampsie “. Verweigerung der Promotion aus politischen Gründen.
1988	Vorstellung der Dissertation auf dem IX Internationalen Kongress für Psychosomatische Gynäkologie & Geburtshilfe in Amsterdam
1989/90	Nach Einsetzen politischer Repressalien, auch wegen des Kongressvortrags, Emigration nach Deutschland
1994	Approbation als Ärztin
1994	Anerkennung als Diplommedizinerin durch die Landesärztekammer Thüringen
1990-1995	Stationsärztin an der gynäkologischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Sömmerda

1994	Anerkennung als politisch Verfolgte und Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit
1994	Deutsche Facharztprüfung
1995	Niederlassung als Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe in Sömmerda
2000	Zusatztitel Psychotherapie (Landesärztekammer Thüringen), Zulassung für Psychotherapie für Erwachsene (KV Thüringen)
2000	Sexualmedizin (Akademie für Sexualmedizin, München)
2003	Balintgruppenleiterin (Deutsche Balintgesellschaft, Landesärztekammer Thüringen)
2005	Qualitätszirkel-Moderatorin (KV Thüringen)

## **Danksagung**

Ich möchte mich bei Herrn Prof. Dr. Bernhard Strauß für die Betreuung und Unterstützung dieser Doktorarbeit bedanken. Weiterhin gilt mein Dank Frau Dr. Karena Leppert sowie Herrn Dr. Thomas Buhl, die mich bei der Durchführung der Arbeit unterstützt und zahlreiche Anregungen gegeben haben.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei meinen Patientinnen bedanken, die bereit waren, an der Studie teilzunehmen.

Andreas Hamburger....

## **Ehrenwörtliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität bekannt ist,

- ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angeben sind,
- mich folgende Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts unterstützt haben: Prof. Dr. B. Strauß, PD Dr. phil. A. Hamburger, Dr. phil. K. Leppert, Dr. phil. T. Buhl ,
- die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen würde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,
- dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und
- dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Jena, den